

日本看護協会調査研究報告〈No. 7〉

昭和53年度

刊 行 に あ た っ て

日本看護協会が、看護及び関連諸科学の研究の積み重ねを、研究誌『日本看護協会調査研究』として、はじめて送り出したのは、昭和50年でした。その地道な歩みを確実に積み重ね、3年の年月で、今回その第7冊目を刊行するはこびとなりましたことは、まことに大きなよろこびであります。

現在、日本の看護界では、看護職の労働条件を改善しかつ、看護の質を高め、ひいては看護という活動が、生命尊厳を基盤にして人々の健康のレベルアップに貢献するために、「1977年ILO看護職員条約・勧告」の国内批准実現が注目されている状況であります。

この目標の達成のために、看護職の専門職団体としての日本看護協会のあり方が厳しく問われている現実を見つめていきたいと思います。

このような時期にこの研究の成果が皆様に広く活用されることを切に希望いたします。最後にこの研究誌についての皆様の多くの御意見、御批判、御助言を併せて期待しています。

昭和53年11月

日本看護協会会長 大 森 文 子

— 目 次 —

< 昭和 52 年度委託研究事業 >

中学生・高校生における看護婦の職業イメージの 形成について	1	松 本 純 平 岡 本 英 雄
--	---------	--------------------

< 昭和 51. 52 年度調査研究部事業 >

産科棟における看護サービスの問題をめぐって(その1) — 助産婦職種設定の意味 —	22	安 原 紀美子
--	----------	---------

< 昭和 52 年度委託研究事業 >

医師と保健婦の活動と役割期待 — 地域保健をめぐる組織化の課題 —	41	佐 藤 林 正 園 田 恭 牧 野 忠 宗 像 恒 次
--	----------	--------------------------------------

CONTENTS

The Vocational image of 'Nurse' perceived by highschool girls	1	JUNPEI MATSUMOTO HIDEO OKAMOTO
Problems Surrounding Function of Midwife in Maternity Ward (PART I)	22	KIMI KO YASUHARA
The Organization of Community Health Services A Study on Mutual Role-expectation between Doctors and Public Health Nurses	41	SHIGEMASA SATO KYOICHI SONODA TADAYASU MAKINO TSUNETSUGU MUNAKATA

中学生・高校生における看護婦の 職業イメージの形成について

松 本 純 平 *

岡 本 英 雄 **

目 次

1. はじめに	2
2. 看護婦の職業イメージの特徴	2
2-1 質問項目への回答	2
2-2 質問項目への回答にみられる学年変化	3
2-3 就職希望の構造からみた看護婦の職業イメージ —数量化理論第Ⅲ類をつかって	5
3. 就職希望の形成	8
3-1 「看護婦」の就職希望群, 非希望群の各質問項目への回答	8
3-2 就職希望の要因分析 —数量化理論第Ⅱ類をつかって	10
4. む す び	14

* 職業研究所

** 上智大学文学部社会学科

1. はじめに

看護学生を対象として、入学までの進路選択状況を調査してみると、看護学生が看護学校入学を決めた時期は、たとえば保母学生などに比べると、高校入学以前に決定する者の割合は非常に高い。このことは、学生・生徒を対象とした多くの希望職業調査で明らかになっている〈看護婦が、小学生・中学生・高校生と年齢増加にともない、希望する者の割合が漸減する職業に属している〉という事実と合わせると、次の推測が成り立つのではないだろうか。すなわち、看護婦を希望し、看護学校に入学してくる学生は、小さい頃の希望を保ちつづけた人々であると。しかしながら、この推測は必ずしも当てはまらないようである。調査結果によれば、看護学生の中で中学生以前に看護婦に憧れたとする者は、たかだか半数にすぎないし、決定の時期が早いといっても、他の専攻の学生との比較の問題であって、看護学生の約4分の3以上の者は、高校時代以降に意志決定をしていると回答しているからである。¹⁾ それでは、中学時代・高校時代を通し、学生・生徒達は、看護婦という職業と自分の進路をどのように関係づけていくのだろうか。ここにこの問題に直接答えるだけの資料はない。ただ次のことは指摘できよう。いずれにしろ、看護学生の進路選択状況を理解する上でも、また看護マンパワーのための長期的ビジョンを考える上でも、一般に、中学生・高校生が看護婦という職業をどのようなものとして認知しているのかを知ることは重要なことだと。

しかしながら、特定の職業に焦点を合わせたこの種のデータもほとんどないといってよい。そこで、ここでは、新しく調査するには基礎的データも不足しているし、また十分な妥当性の検討をしてからでないと、特定の職業に焦点を合わせた調査はともすれば中学生・高校生の意識の現状にそぐわないおそれもあると考え、筆者らが以前おこなった職業イメージに関する一連の調査データ²⁾を用い、看護婦の職業イメージおよびその背

景と形成という観点から、集計し直しを試みた。中学生・高校生の看護婦の職業イメージの特徴を概観し、次なる課題への資料にしたいと思ったからである。

この調査データは、付録1に示されたA～Nの14の職業に対し付録2のような14の質問項目毎に、「そう思う」、「そう思わない」、「わからない」のうち1つを選択するものである。(付録1に示されたZ 01～Z 10の10の職業については、Q 14の「就いてみたいか否か」のみ質問された) 調査は昭和45年10月から11月にかけておこなれ、全国12都府県にまたがり中学校9校、高校13校において3年生の1クラスを選んで実施された。ここで再集計の対象となったのは、そのうちの中学生女子163名、高校生女子241名、計404名分である。

2. 看護婦の職業イメージの特徴

2-1 質問項目への回答

この調査に関して、中学生・高校生が、具体的にどのような看護婦の職業イメージをもっているかという点については、すでに報告されている。その特徴を要約してみると次のようなものである。

看護婦の職業イメージは、「仕事は単調でなく、体が汚れることは少なく、世間の評価は低くなく、親の反対は少ない。しかし、仕事に自律性がなく、疲れる仕事であり、早朝や深夜に働くことが多く、日曜や祭日でも休めないことが多く、必要な技能や知識を習得するには時間がかかる。収入も低い。」³⁾

ここでは、以上の職業イメージを中高差、および他の職業のイメージとの違いなどからさらに明らかにしてみたい。

2-2 質問項目への回答にみられる学年変化

表1は、14の項目毎に回答の中高差を整理したものである。 χ^2 値をみると、中学生と高校生の回答の分布に統計的に有意な違いがみられるのは、5項目あり、それは、「収入」、「仕事の自律性」、「適性」、「親の反対」および「就職希望」である。「収入」、「仕事の自律性」、「適性」、「就職希望」については、中学生は、高校生に比べて、肯定的な回答をし、「親の反対」については、否定的な回答をする傾向がみられる。すなわち、中

学生は、高校生に比べると看護婦の職業イメージとして、収入、仕事の自律性について、プラスのイメージをもち、親の反対はないと考え、自分に向いていると判断し、就職を希望する者も多い傾向がみられる。以上5項目以外では、「身体の汚れ」について、5%水準で有意とはいえないが回答にやや違いがみられる。しかしながら中学生と高校生の職業イメージには差が小さいといえる。それは、これら14項目への回答分布の中高差のあり方を、他の職業のイメージと比較してみればわかる。

表1 「看護婦」の職業イメージの中学生・高校生比較

		そう思う	わからない	そう思わない	χ^2 値
Q1 収入	中高	35 48	43 41	85 152	6.20 *
Q2 作業環境	中高	71 105	29 36	63 100	0.69
Q3 早朝・深夜の労働	中高	156 238	— —	7 3	3.75
Q4 日曜・祝日の休み	中高	153 232	3 1	7 8	2.30
Q5 疲 労	中高	156 234	3 3	4 4	0.56
Q6 仕事の単調さ	中高	15 24	17 22	131 195	0.23
Q7 仕事の自律性	中高	10 8	29 15	124 218	16.05 **
Q8 適 性	中高	29 29	48 51	86 161	8.11 *
Q9 親 の 反 対	中高	30 74	43 40	90 127	10.36 **
Q10 身 体 の 汚 れ	中高	54 71	32 30	77 140	5.82
Q11 世 間 の 評 価	中高	28 42	29 36	106 163	0.59
Q12 将 来 性	中高	53 78	51 63	59 100	1.61
Q13 技能習得の困難度	中高	134 184	10 20	19 37	2.00
Q14 就 職 希 望	中高	55 45	28 29	80 167	17.24 **

* 5%水準で有意 ** 1%水準で有意

表2 14職業の職業イメージの中高比較

	A 医 師	B 先中 高 生 の	C 等喫 茶 店 の	D 誌新 聞 者 の	E ガ フ イ ス	F 商 店 店 員	G 農 業	H ラ プ マ ロ ー グ	I 理 美 容 師	J 看 護 婦	K タ イ ピ ス ト	L 組 立 レ ビ エ	M 靴 下 編 工	N レ ウ ス エ イ ト
Q1 収 入	*		**	**		**			**	*				**
Q2 作 業 環 境		**						*					**	**
Q3 早朝・深夜の労働		**	**		**			**	*		**	**		**
Q4 日曜・祝日の休み	**	**	**		*	**	**	**	**		**	**	**	**
Q5 疲 労	*		**		**	*		*	**		*		**	**
Q6 仕事の単調さ	**	**	**	**	**	**		**	**		**	**	**	**
Q7 仕事の自律性	**		**		**	**		**	**	**	**	**	**	**
Q8 適 性	**				**	*		*	*	*	*		*	*
Q9 親 の 反 対		**		**	**	**	*	*		**	**	*	**	**
Q10 身体 の 汚 れ	**		**		**	**		**			**	*	*	
Q11 世 間 の 評 価		**	*	**	**	*		*	*					**
Q12 将 来 性	*		**				*	*	*				*	
Q13 技能習得の困難度			**		**	**	**	*			**	**	**	**
Q14 就 職 希 望	**	*			**	**		*	*	**	**		**	**

* 5%水準で有意 ** 1%水準で有意

表2は、看護婦以外の13の職種について表1と同じように、14の項目毎の回答の分布から χ^2 値を求め、有意な差がみられたものを*印で表示したものである。この表から職業イメージの中高差という点に関し、いくつかのことが指摘できよう。まず、第1に、14項目の中には、中高差が生じやすい項目と、比較的生じにくい項目がみられることである。前者に属する項目としては、「日曜・祝日の休み」、「仕事の単調さ」、「親の反対」、「仕事の自律性」などがあげられるし、後者に属する項目としては、「作業環境」、「将来性」、「収入」などがあげられよう。どのような項目が中高差が生じやすいかという点については一定の傾向はみられないようである。一般に、労働条件や仕事そのものに関連した質問については、年齢と共に経験・知識の量が増すことを反映

して、「わからない」という回答が減少し、それに従って回答分布に違いが生じてくると考えられる。そして、確かに「日曜・祝日の休み」、「仕事の単調さ」、「仕事の自律性」などは、中学生の「わからない」という回答比率は、高校生のそれに比べて有意に大きい。

第2に、職種の中には、職業イメージに関して、中高差が大きいものとそれほどでもないものとがみられる。前者に属する職業としては、「プログラマー、喫茶店等経営、オフィスガール、商店店員、靴下編工、ウェイトレス」、後者には、「新聞雑誌記者、農業、看護婦、中高の先生」などが含まれる。

次に表3は、各職業毎にQ1からQ13までの「わからない」という回答の割合(%)を平均した値である。「わからない」という回答は、職業イメー

ジの不明確さの1つの目安と考えられる。数値の絶対的な大きさにはほとんど意味はないけれど、14の職業の値を相互に比較してみるならば「看護婦」の値は、「農業」に次いで学年差が少ない。さらに、どの職業でも中学生の値は高校生より大きい。「看護婦」についての中学生の値は高校生で最も大きい値（喫茶店経営）とはほぼ同じ水準にある。

表3 職業別「わからない」反応率の平均値

	計	中学生	高校生	差 [*]
A 医師	12.90	16.98	10.15	6.83
B 中高の先生	13.04	17.46	10.05	7.41
C 喫茶店等経営	18.24	22.03	15.67	6.36
D 新聞雑誌記者	17.30	20.71	15.00	5.71
E オフィスガール	14.14	18.73	11.04	7.69
F 商店店員	13.61	18.87	10.05	8.82
G 農業	12.71	14.77	11.33	3.44
H プログラマー	18.98	24.53	15.22	9.31
I 理・美容師	15.51	19.15	13.05	6.10
J 看護婦	13.23	15.90	11.42	4.48
K タイピスト	16.16	21.18	12.76	8.42
L テレビ組立係	14.29	18.64	11.36	7.28
M 靴下編工	13.53	18.78	9.99	8.79
N ウェイトレス	14.50	20.57	10.40	10.17

*差＝（中学生の値）－（高校生の値）

これまでみてきたように「看護婦」の職業イメージは、多くの職業の中であって、比較的安定したものであり、明確さの度合いも中学生段階から強いことがわかる。すなわち、「看護婦」の職業イメージは、中学生段階でかなり明確な形で形成されていて、それは、年齢変化にともなっては変わらないものであると考えられる。

2-3 就職希望の構造からみた看護婦の職業イメージ

— 数量化理論第Ⅲ類をつかって —

表4～6、図1～3は、数量化理論第Ⅲ類の結果である。24の職業について、就職希望の有無のパターンを分析したものである。3つの因子を抽出したが、相関係数がそれぞれ0.48、0.43、

0.40とあまり大きくない。3因子を合わせても、説明力が23％程度なので必ずしも十分とはいえないが、得られた α 値の大きさを目安に、各因子の解釈をし、看護婦への就職希望ということの意味を考察してみたい。第1因子は、プラスで高いのが、「医師、プログラマー、中高の先生」で、マイナスで大きいのが「デパート店員、商店店員、ウェイトレス、靴下編工、テレビ組立係、バス車掌」などであり、いわゆる専門的・技術的な職業がプラス側、販売・サービスの仕事、生産工程作業などがマイナスの側にみられ専門性の因子と考えられる。ちなみに、この因子と「世間の評価」との関連は非常に強く、24の職業のうち、「世間の評価」の回答もある14の職業について、第1因子と「世間の評価」との相関を求めると-0.91^注という高い値が得られた。（注：相関係数が負であるのは、「世間の評価」の質問が、「低いか」と問うているからである）第2因子は、「農業」が圧倒的に大きくプラスで、「テレビ組立係」がマイナスで高い値をとっている。値の大きさからみると農業の因子といったほうがあるいは正確なのかもしれないが、他の職業についての α 値のあり方も含めて、あえて一般化してみよう。プラスの側では、「医師、中高の先生、看護婦」、マイナスの側では、「オフィスガール、タイピスト」が比較的大きな値を示している。これらプラス側、マイナス側に属する職業に共通にイメージされるものは、1つは、対象が生き物で変化するか否か、2つに職務が対象との関わりで、複合作業的、多種多様な作業を要求されるか、それとも定型的・単能的・事務的な作業を要求されるかといった点であろう。これらのことから少しく一般化した因子の解釈をすれば、第2因子は、職務の複合性の因子と考えることができよう。第3因子は、「テレビ組立係」だけが特に大きい。第2因子同様にもう少し一般化してみると、プラス側で比較的大きな値を示しているのは、「セールスマン、医師、喫茶店経営、看護婦」などで、マイナス側では「テ

レビ組立係、農業、靴下編工、注文服仕立」などである。プラスの側には、対人関係の仕事が多い職業が多く、それに対しマイナス側には、事物を対象にした機械、技術や技能に関連した職業が多くみられる。そこで第3因子を一般化すれば、対人-対物の因子ということができよう。ただし、対人関係の多い、「デパート店員、商店店員・ウェイトレス」などで値がそれほど大きくなり、また「中高の先生」では値が負にもなっているの、必ずしも十分に割切れた解釈というわけではない。

表4 数量化理論第Ⅲ類の結果
－相関(係数)因子毎の α 値－

	第1因子	第2因子	第3因子
相 関 係 数	0.48462	0.42619	0.39947
A 医 師	3.79813	3.21957	4.98905
B 先 生	1.80235	2.60773	-1.03166
C 喫茶店経営	-0.59180	-0.02817	3.20775
D 記 者	1.61874	1.35163	0.70441
E オフィスガール	0.44259	-1.91280	-1.40875
F 商 店 店 員	-4.69363	0.01165	1.38299
G 農 業	-1.23562	14.88792	-7.87177
H プログラマー	2.36676	-1.08042	-1.67635
I 理・美容師	-1.01648	-1.05950	-0.01920
J 看 護 婦	-0.53119	2.08158	2.58252
K タイピスト	0.73444	-1.91887	-1.12510
L テレビ組立係	-3.15486	-7.01636	-13.07391
M 靴 下 編 工	-3.53018	0.11020	-7.51966
N ウェイトレス	-3.98450	1.36769	0.88654
Z01重役・社長	1.44994	-0.30545	1.41658
Z02小売店店主	0.18703	0.27493	0.96322
Z03アナウンサー	0.96805	-0.39161	-0.16345
Z04セールスマン	-0.36104	0.41544	5.79298
Z05注文服仕立	-1.56920	-0.33296	-2.89478
Z06栄 養 士	0.68308	-0.14586	-0.89781
Z07デパート店員	-6.38028	0.02235	0.81767
Z08バ ス 車 掌	-1.80214	-0.53605	0.07267
Z09電話交換手	-0.02570	-0.99358	-0.86860
Z10洋服デザイナー	0.49751	-0.57630	-0.41284

以上の3因子の一応の解釈の下に「看護婦」への就職希望ということは他の職業との関係において、どのような位置づけがされているのかをみてみよう。「看護婦」の α 値をみてみると、マイナス、プラス、プラスである。看護婦の職業イメージをこの値のあり方から解釈してみると、看護婦という職業は、専門性はふつうかそれほど高いわけではなく、いろんな仕事をしなければならぬ対人関係の多い仕事であるととらえられているといえよう。次に看護婦の就職希望と類似した反応パターンをもつ職業をみてみよう。

3因子の α 値から得られた各項目(職業)

間の距離が表5に示されているが、類似した反応パターンをもつ職業は「喫茶店等経営、小売店店主」などであり、反応のパターンの類似度の少ないものは、「農業」、「靴下編工、テレビ組立係」などの技能系の職業、「デパート店員、商店店員」などの販売系の職業および、「オフィスガール、タイピスト」などの事務系の職業などがあげられよう。(図1、2も参照)

次に図3は、表5と同じやり方で、3因子の α 値をもちいて各項目(職業)の原点からの距離を求めたものである。原点に近い職業は、それに就職希望する者が、他の職業も平均して多く希望することを示し、反対に原点からの距離が大きい職業は、他の職業の就職希望との共通性が少ないことを示している。この表でみると看護婦という職業は原点からの距離では中位よりやや遠い位置にあり、多くの者に、共通して希望される職業ではないことを示している。

最後に、この調査とは別に自由記述で得られた代表的な希望職業毎に、3因子の因子得点の平均値を求めたのが表6である。人数が少ないことや、抽出された因子の説明力の不足などから必ずしもすっきりはしていないが、看護婦希望者(自由記述)の

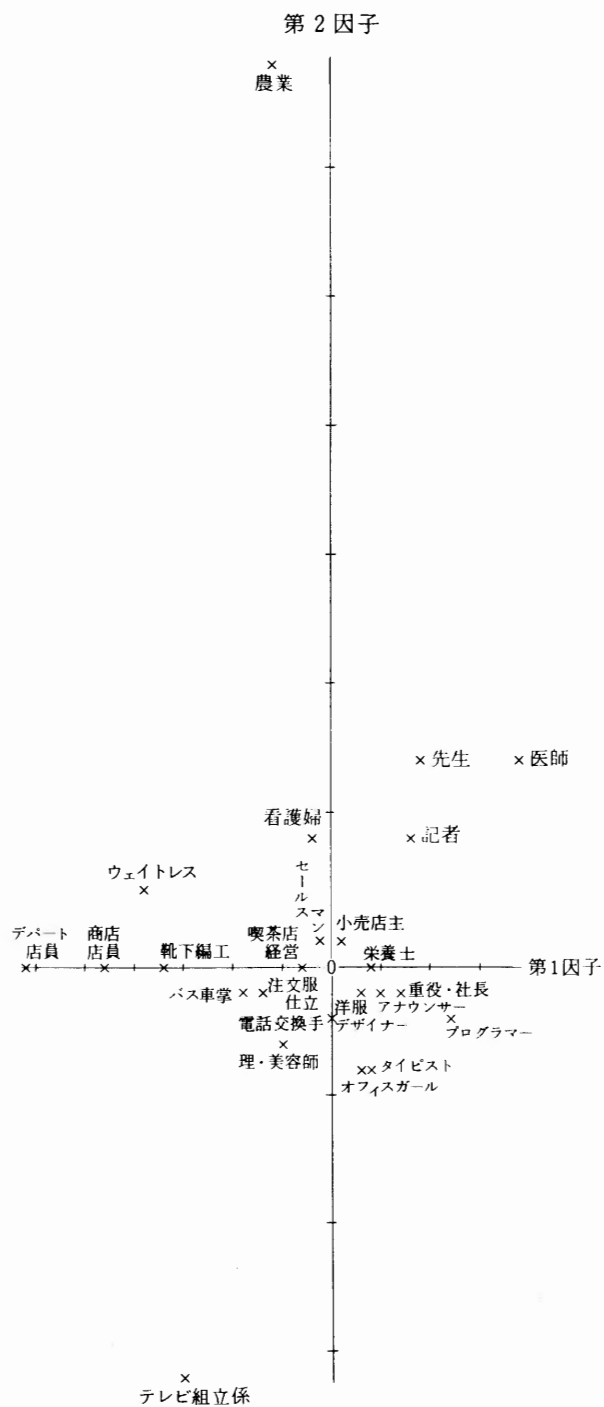


図1 数量化理論第Ⅲ類の結果

— 第1因子と第2因子による因子空間に
おける各カテゴリー（職業）の布置 —

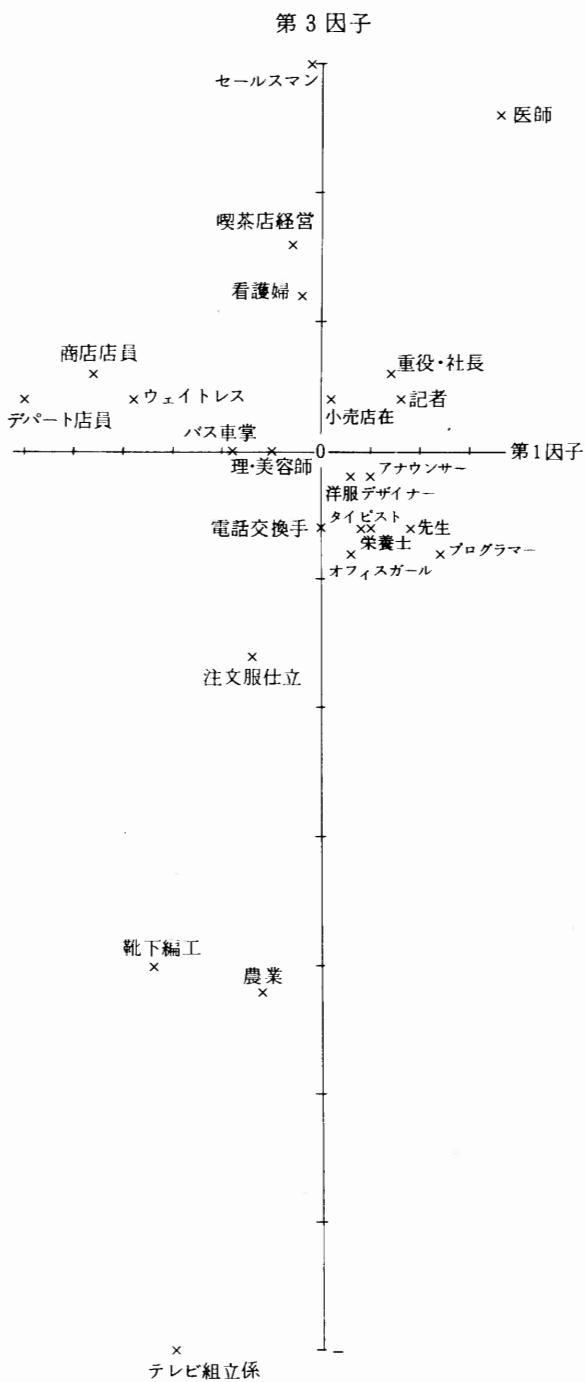


図2 数量化理論第Ⅲ類の結果

— 第1因子と第3因子による因子空間に
おける各カテゴリー（職業）の布置 —

因子得点のパターンが、他の職業を希望する者とちがっている様子がうかがえる。また、医療保健関係では、サンプルが少なく不十分ではあるが薬剤師、保健婦を希望する者の因子得点のパターンは、看護婦のそれよりも、医師の得点パターン（表4参照）に近いといえよう。

表5 数量化理論第Ⅲ類の結果
—「看護婦」と各職業との距離—

A	医 師	5.08
B	中 高 の 先 生	4.33
C	喫 茶 店 経 営 者	2.20
D	新 聞 雑 誌 記 者	2.95
E	オ フ ィ ス ガ ー ル	5.73
F	商 店 店 員	4.80
G	農 業	16.55
H	プ ロ グ ラ マ ー	6.04
I	理 ・ 美 容 師	4.11
J	看 護 婦	—
K	タ イ ピ ス ト	5.60
L	テ レ ビ 組 立 係	18.30
M	靴 下 編 工	10.72
N	ウ ェ イ ト レ ス	3.91
Z01	重 役 ・ 社 長	3.31
Z02	小 売 店 店 主	2.53
Z03	ア ナ ウ ン サ ー	3.99
Z04	セ ー ル ス マ ン	3.62
Z05	注 文 服 仕 立	6.08
Z06	栄 養 士	4.31
Z07	デ パ ー ト 店 員	6.45
Z08	バ ス 車 掌	3.84
Z09	電 話 交 換 手	4.65
Z10	洋 服 デ ザ イ ナ ー	4.13

表6 数量化理論第Ⅲ類の結果
—希望職業別の因子得点平均値—

職 業	人数	第1因子	第2因子	第3因子
教 員	19	0.64	0.88	-0.31
薬 剤 師	4	0.59	0.34	0.57
保 健 婦	2	0.98	0.82	0.78
栄 養 士	8	-0.30	0.23	0.16
看 護 婦	14	0.02	0.45	0.56
記者・編集者	22	0.53	0.15	0.40
デ ザ イ ナ ー	24	0.02	0.08	-0.07
保 母	16	-0.84	-0.25	0.08
一般事務員	77	0.10	-0.28	-0.19
小 売 店 主	11	0.15	-0.01	0.82
洋服仕立職	14	-0.62	-0.04	-0.48
美 容 師	14	-0.46	-0.28	0.17

3 就職希望の形成

3-1 「看護婦」の就職希望群 非希望群の 各質問項目への回答

一般的にいて、ある職業のイメージは、その職業への就職希望の有無によって、影響を受けるものである。そこで、Q14の質問への回答をキーにして、看護婦への就職希望と職業イメージとの関連をみてみたい。

表7は、Q14の質問に対し、「そう思う」と回答した者を希望群、「わからない」あるいは「そう思わない」と回答した者を非希望群として、各群毎に職業イメージを求め、さらに χ^2 値を計算したものである。統計的に有意な差がみられたのは4項目で、「適性」、「作業環境」、「親の反対」、「将来性」である。この中で、「適性」に関する回答の分布は、希望群・非希望群で大きな違いがみられる。「作業環境」、「親の反対」、「将来性」に関しては、希望群のほうが、非希望群よりプラスのイメージを示している。しかしながら、

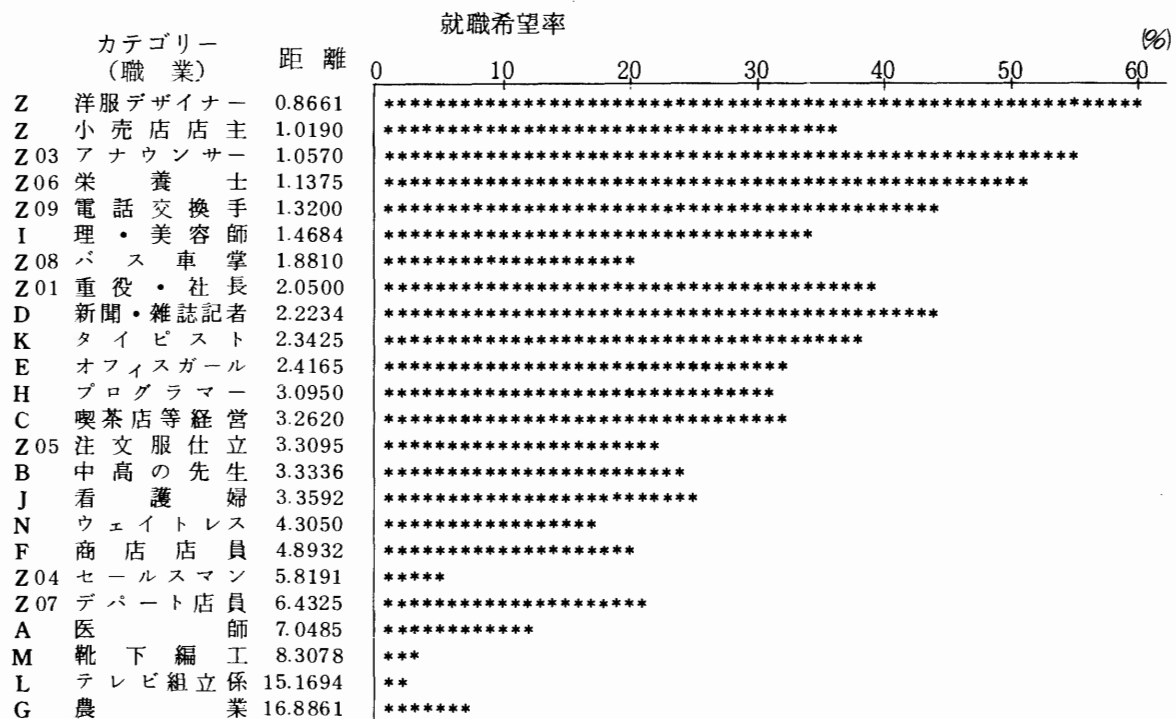


図3 数量化理論第Ⅲ類の結果
-24の職業の原点からの距離-

表7 「看護婦」の職業イメージの希望群・非希望群比較
(希望群=100, 非希望群=304)

		そう思う	わからない	そう思わない	χ^2 値
Q1 収入	希望	23	20	57	0.49
	非希望	60	64	180	
Q2 作業環境	希望	62	8	30	19.30 **
	非希望	114	57	133	
Q3 早朝・深夜の労働	希望	96	—	4	1.28
	非希望	298	—	6	
Q4 日曜・祝日の休み	希望	93	3	4	5.53
	非希望	292	1	11	
Q5 疲労	希望	96	1	3	0.91
	非希望	294	5	5	
Q6 仕事の単調さ	希望	11	11	78	0.62
	非希望	28	28	248	
Q7 仕事の自律性	希望	8	12	80	4.24
	非希望	10	32	262	
Q8 適性	希望	45	32	23	121.59 **
	非希望	13	67	224	
Q9 親の反対	希望	26	11	63	8.03
	非希望	78	72	154	
Q10 身体の汚れ	希望	33	12	55	1.19
	非希望	92	50	162	
Q11 世間の評価	希望	18	15	67	0.14
	非希望	52	50	202	
Q12 将来性	希望	43	24	33	6.78 *
	非希望	88	90	126	
Q13 技能習得の困難度	希望	86	3	11	5.19
	非希望	232	27	45	

* 5% ** 1%

残りの9項目については、希望群の方が非希望群よりプラスのイメージをもっている傾向は示しているが、必ずしも有意な差はみられない。就職希望の有無と職業イメージとの間に一定の予想された関係は見られたけれど、看護婦イメージの特徴は、むしろ、就職希望の有無にそれほど影響を受けないことにあるようである。

表8は、比較のため、「中高の先生」と「オフィスガール」の2職種について、「看護婦」同様

の整理をしてみたものである。これをみると、「中高の先生」の場合、有意な差がみられるのは、「収入、作業環境、適性、親の反対、身体の汚れ、将来性、技能習得の困難度」の7項目、「オフィスガール」にいたっては、「収入、作業環境、疲労、仕事の単調さ、仕事の自律性、適性、親の反対、世間の評価、将来性、技能習得の困難度」の10項目と多い。これらに対し、「看護婦」において両群で挙げあったのは、4項目と非常に少ないことがわかる。

表8 「看護婦」「中高の先生」「オフィスガール」の職業イメージの希望群・非希望群比較

	J 看護婦 (希=100, 非=304)	B 中高の先生 (希=95, 非=309)	E オフィスガール (希=125, 非=279)
Q1 収入	0.49	9.66 **	29.30 **
Q2 作業環境	19.30 **	12.03 **	27.82 **
Q3 早朝・深夜の労働	1.28	1.52	2.88
Q4 日曜・祝日の休み	5.53	0.80	0.11
Q5 疲労	0.91	0.65	11.30 **
Q6 仕事の単調さ	0.62	1.97	7.08 *
Q7 仕事の自律性	4.24	2.44	6.01 *
Q8 適性	121.59 **	111.95 **	219.83 **
Q9 親の反対	8.03 *	10.98 **	29.29 **
Q10 身体の汚れ	1.19	9.69 **	4.46
Q11 世間の評価	0.14	3.14	11.02 **
Q12 将来性	6.78 *	14.48 **	23.77 **
Q13 技能習得の困難度	5.19	6.88 *	6.20 *

* 5% ** 1%

3-2 就職希望の要因分析

—数量化理論第Ⅱ類をつかって—

ところで以上の分析では、就職希望の有無と各項目をクロスさせてその関連を検討したわけであるが、次に就職希望の有無に各項目がどのように影響を与えているのかという点について各項目間の相互関係も含めて分析してみよう。

表9, 10と図4, 5は、中学生・高校生別に、数量化理論第Ⅱ類によって解析した結果を示したものである。この手法は、各説明変数(=13項目)

が、外的基準(=就職希望の有無)に対して、どの程度の大きさに影響しているかを計算しようとするものであり、質的な変数を用いて判別関数を求めるもので、具体的には、希望群の各項目への回答傾向と非希望群の各項目への回答傾向から、各項目に含まれるカテゴリー(「そう思う」「わからない」「そう思わない」)に重みかけし、2群の得点分布がより分離するように解析する手法である。

表中でカテゴリースコアは、各項目に含まれる

表9 数量化理論第Ⅱ類 一反応数、カテゴリースコア、偏相関係数—
(中学生)

項 目	カ テ ゴ リ ー	回 答 数			カ テ ゴ リ ー ス コ ア	偏 相 関 係 数
		計	希 望 群	非 希 望 群		
Q1 収 入	望んでいるだけ得られる わからない 望んでいるだけ得られない	35 43 85	15 15 25	20 28 60	0.09615 0.01055 -0.04493	0.041
Q2 作 業 環 境	悪くない わからない 悪い	71 29 63	37 5 13	34 24 50	0.40866 0.53128 -0.21600	0.264
Q3 早朝・深夜の労働	あ る な い	156 7	51 4	105 3	-0.00102 0.02276	0.004
Q4 日曜・祝日の休み	休めるとは限らない わからない 休 め る	153 3 7	48 3 4	105 0 3	-0.03442 0.96558 0.33847	0.119
Q5 疲 労	疲 れ る わからない 疲れしない	156 3 4	52 0 3	104 3 1	-0.01246 -0.22512 0.65471	0.083
Q6 仕 事 の 単 調 さ	単 調 だ わからない 単 調 で ない	15 17 131	9 7 39	6 10 92	1.05571 0.16731 -0.14259	0.266
Q7 仕 事 の 自 律 性	自分でペース決められる わからない 自分でペース決められない	10 29 124	7 7 41	3 22 83	0.25791 -0.42383 0.07832	0.162
Q8 適 性	自分に向いている わからない 自分に向いていない	29 48 86	25 17 13	4 31 73	1.54726 0.21647 -0.64257	0.531
Q9 親 の 反 対	親は反対する わからない 親は反対しない	30 43 90	12 7 36	18 36 54	0.01065 -0.19032 0.08738	0.091
Q10 身 体 の 汚 れ	汚 れ る わからない 汚 れ ない	54 32 77	15 8 32	39 24 45	-0.09693 -0.06250 0.09395	0.069
Q11 世 間 の 評 価	比較的低い わからない 比較的高い	28 29 106	10 9 36	18 20 70	0.07685 0.20303 -0.07584	0.085
Q12 将 来 性	見通し明るい わからない 見通し明るくない	53 51 59	24 15 16	29 36 43	-0.12972 0.04758 0.07540	0.063
Q13 技能習得の困難度	むずかしい わからない むずかしくない	134 10 19	47 1 7	87 9 12	0.13396 -0.51561 -0.67338	0.214

表10 数量化理論第Ⅱ類の結果 一反応数、カテゴリースコア、偏相関係数—
(高校生)

項 目	カ テ ゴ リ ー	回 答 数			カ テ ゴ リ ー ス コ ア	偏 相 関 係 数
		計	希 望 群	非 希 望 群		
Q1 収 入	望んでいるだけ得られる	48	8	40	-0.00392	0.070
	わからない	41	5	36	0.08383	
	望んでいるだけ得られない	152	32	120	-0.02138	
Q2 作 業 環 境	悪くない	105	25	80	-0.03171	0.100
	わからない	36	3	33	0.13150	
	悪い	100	17	83	-0.01405	
Q3 早朝・深夜の労働	あ る	238	45	193	0.00312	0.049
	な い	3	0	3	-0.24718	
Q4 日曜・祝日の休み	休めるとは限らない	232	45	187	-0.00714	0.070
	わからない	1	0	1	0.12284	
	休 め る	8	0	8	0.19176	
Q5 疲 労	疲 れ る	234	44	190	-0.01202	0.197
	わからない	3	1	2	-0.15297	
	疲 れ ない	4	0	4	0.81799	
Q6 仕 事 の 単 調 さ	単 調 だ	24	2	22	0.08437	0.063
	わからない	22	4	18	-0.06634	
	単 調 で ない	195	39	156	-0.00290	
Q7 仕 事 の 自 律 性	自分でペース決められる	8	1	7	0.06349	0.078
	わからない	15	5	10	-0.15277	
	自分でペース決められない	218	39	179	0.00818	
Q8 適 性	自分に向いている	29	20	9	-0.79116	0.546
	わからない	51	15	36	-0.20941	
	自分に向いていない	161	10	151	0.20884	
Q9 親 の 反 対	親は反対する	74	14	60	-0.00284	0.006
	わからない	40	4	36	0.00667	
	親は反対しない	127	27	100	-0.00045	
Q10 身 体 の 汚 れ	疲 れ る	71	18	53	-0.10151	0.129
	わからない	30	4	26	-0.00247	
	疲 れ ない	140	23	117	0.05201	
Q11 世 間 の 評 価	比較的低い	42	8	34	-0.04154	0.086
	わからない	36	6	30	-0.09173	
	比較的高い	163	31	132	0.03096	
Q12 将 来 性	見通し明るい	78	19	59	-0.05256	0.108
	わからない	63	9	54	0.10240	
	見通し明るくない	100	17	83	-0.02352	
Q13 技能習得の困難度	むずかしい	184	39	145	-0.03253	0.116
	わからない	20	2	18	0.05290	
	むずかしくない	37	4	33	0.13319	

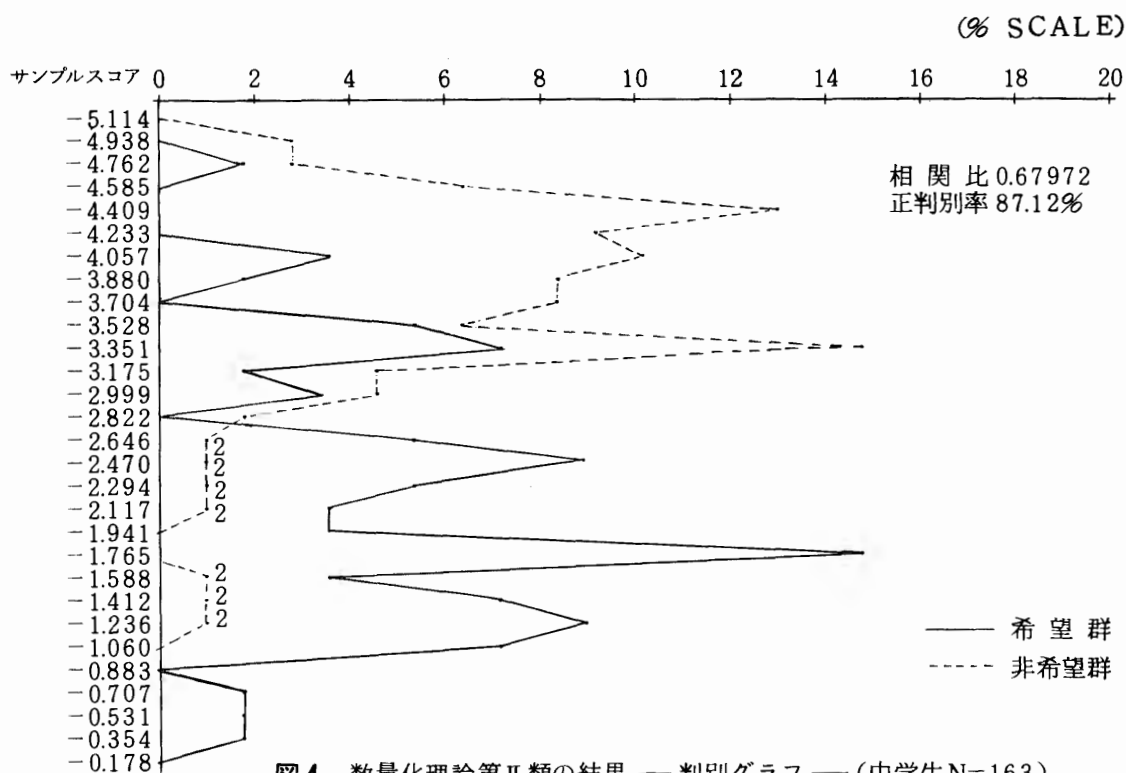


図4 数量化理論第Ⅱ類の結果 — 判別グラフ — (中学生N=163)

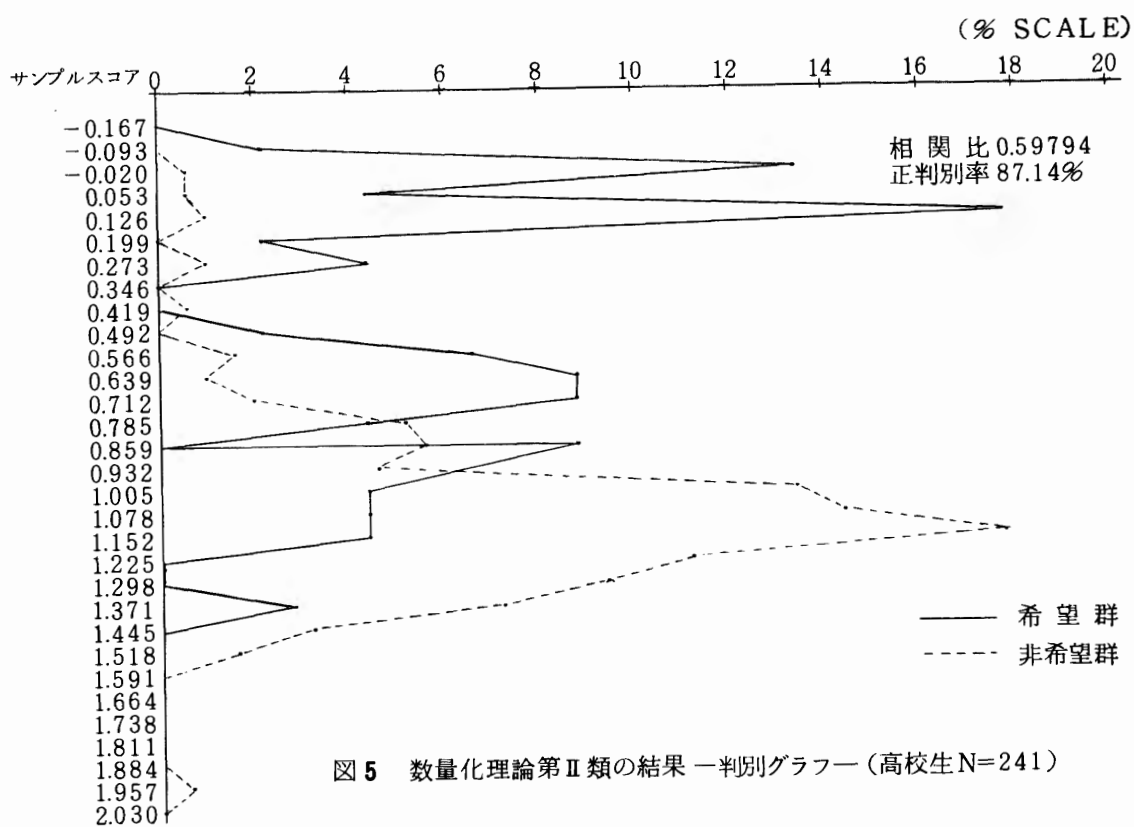


図5 数量化理論第Ⅱ類の結果 — 判別グラフ — (高校生N=241)

カテゴリーに与えられた重みであり、偏相関係数は、そのカテゴリースコアの総和と項目との偏相関係数でその項目の外的基準に対する影響の度合いを示している。

表9、10から就職希望の有無に影響を与える説明変数の大きさを読みとってみよう。まず中学生についてみると、偏相関係数が最も大きいのは、「適性」である。すなわち、希望群の場合、その45.4%の者が、「この仕事は自分に合っている」と回答しているのに対し、非希望群の場合は、3.7%にすぎない。また、「適性」について、「わからない」という回答はカテゴリースコアの値をみると、希望ありの方に重みづけられている。次に大きいのは、「仕事の単調さ」である。この項目では、希望群の方が、非希望群に比べ、「単調である」と判断する割合が高くなっている。次に大きな偏相関係数をもっているのが、「作業環境」である。この項目では、「わからない」と「環境が良くない」という回答は、非希望の方に重みづけられている。その他、「技能習得の困難度」も比較的大きいが、偏相関係数をみる限り、その他の項目が、就職希望の有無の判別に大きな影響をもっていないことがわかる。

高校生の結果は、中学生に比べ少々趣きがちがっている。偏相関係数で最も大きな値を示したのは、「適性」に関する項目である点では中学生と同じであるが、高校生の場合は、その他の項目で、偏相関係数が大きなものが見当たらないということである。「適性」に対する反応は、希望群の44.4%が、「自分に向いている」と反応しているのに対し、非希望群のうち、わずか4.6%の者が「自分に向いている」という回答をしているにすぎない。

以上のように数量化理論第Ⅱ類によって、就職希望の有無を外的基準とし、13の職業イメージ項目による影響を調べてみた結果は、「適性」=「自分に向いている」という判断が、圧倒的に影響力をもつ項目であり、その傾向は、中学生より高校

生の方が著しいことがわかった。また、数量化理論第Ⅱ類から得られた判別関数においては、中学生・高校生とも87%位のかなり良好な正判別率を示した。（図4、5参照）

4. むすび

既存の調査データを再集計することを通して、中学生・高校生の看護婦の職業イメージの諸特徴を整理してきたが、最後に、それらをまとめ、今後の課題を考えてみたい。

まず第1に、特徴としてあげられることは、看護婦の職業イメージが、中学生段階で、かなり明確な形で形成されているという点であろう。それは、イメージの明確さの1つの目安としての「わからない」という回答率の低さや、他職業と比較して、各質問項目への回答の学年変化の少ないこと、さらに、就職希望の有無によっても、それほど大きな違いがみられないことなどから十分推測されることである。それ故、先に、看護婦という職業は希望者が年令増加にともない漸減する職業であることを述べたが、この現象も、年令増加にともなって、看護婦に関する職業情報が増加し、見方が変わってくるという側面より、むしろ、職業全体に対する見方、枠ぐみ全体が変化する中で、看護婦の評価が相対的に低下してゆく現象としてとらえるべき問題であると思われる。そうであるなら、今後はいろいろな職業に対する評価の枠ぐみが年令変化とともにどのように変わっていくのか、また、そのような変化にかかわっていく要因としてはどんなものが考えられるのか、さらに、諸要因の中で、就職希望をむすびついていくのはどのような要因なのかというような諸点を解明してゆくことが課題になってくるであろう。

第2の特徴は、看護婦という職業は、職業分類上、専門的技術的な職業に分類され、実際に、高度に専門的な技術・知識を要請される職務であるにもかかわらず、中学生・高校生は必ずしもそのようにはとらえていない点である。それらは中学生

・高校生が日常接し、職業イメージを形成する材料となっている看護活動・看護婦の職務から考えると納得できる点も少なくない。しかし、医療活動が日常生活に密着しすぎているため、そこで形成されたイメージが固定され、先に述べた年齢変化に伴ない職業全体に対する見方、枠組みが変化する中で、地盤沈下していくとしたら、看護界にとっても、自分の進路を選ぼうとしている中学生・高校生にとっても不幸なことと言わねばならない。年齢変化にともなう職業全体に対する見方、枠組みの変化に即応した、看護婦や看護活動に対する適切な職業情報の提供が望まれるのである。

第3に、看護婦の就職希望において特別にということではないけれど、就職を希望するということに関して「適性」ということが非常に重要な鍵になっていることをこのデータは示している。職

業心理学においても、概念構成上は、適性についていろいろと論じられてはいるが、個人の「適性判断」の実態についてはほとんど研究がすすんでいないといってよいであろう。成長期にある中学生・高校生が自分がある職業に向いている（あるいは、向いていない）という判断を、どのようにして下すのかということも今後の解明すべき課題として考えていかななくてはならぬものであろう。

注

- 1) 岡本、松本「進路選択状況調査報告」
日本看護協会調査研究〈報告No.3〉1977
- 2) 岡本「職業イメージと職業選択」
職業研究所研究紀要No.3, 1972
- 3) 岡本「青少年の職業観：職業意識と看護婦不足問題」
日本看護協会調査研究〈報告No.1〉1975

付録 1.

呈示された職業名

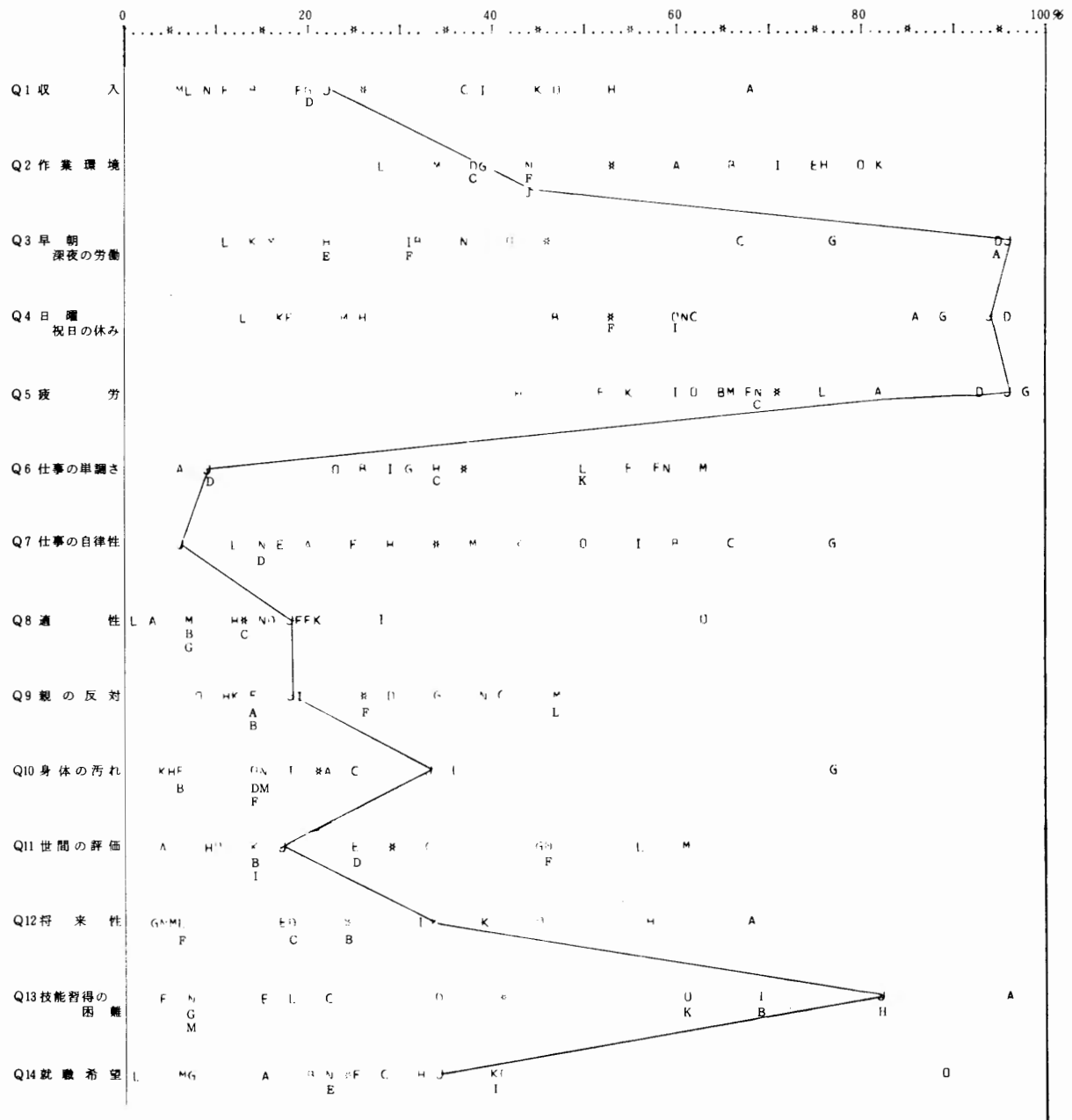
A 医 師	Z 01 大きな会社の社長や重役
B 中学・高校の先生	Z 02 小売店の店主
C 喫茶店・すし屋などの経営者	Z 03 アナウンサー
D 新聞・雑誌の記者	Z 04 セールスマン
E 会社・銀行などのオフィスガール	Z 05 注文服の仕立
F 商店の店員	Z 06 栄 養 士
G 農 業	Z 07 デパートの店員
H プログラマー	Z 08 バス車掌
I 理容師・美容師	Z 09 電話交換手
J 看 護 婦	Z 10 洋服のデザイナー
K タイピスト	
L テレビ組立係	(Z 01 ～ Z 10 は Q 14 のみ質問)
M 靴下編工	
N ウェイトレス	

付録 2.

質 問 文

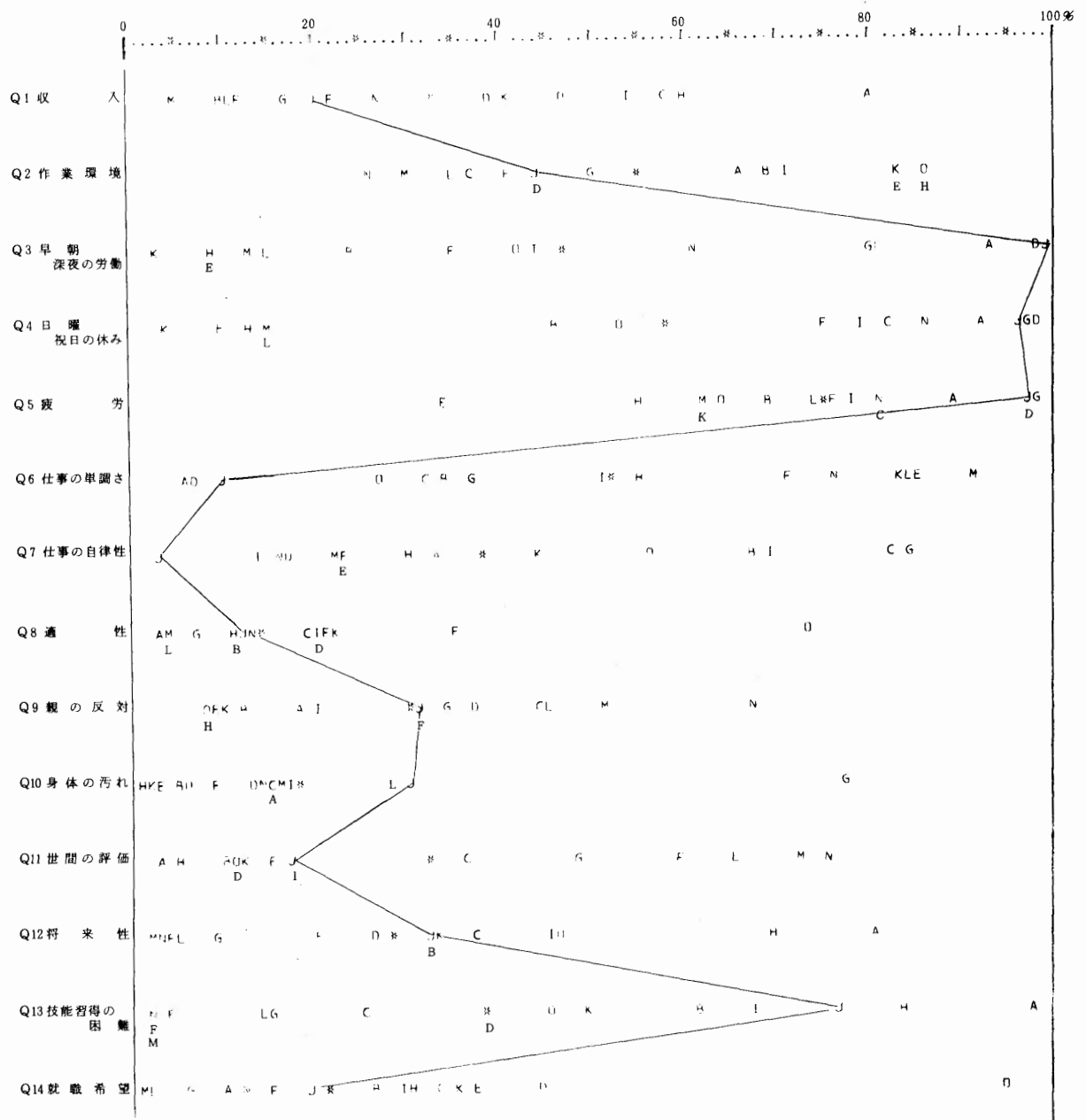
Q 1	この職業なら、自分の望んでいるだけの収入が得られる。
Q 2	この職業は、仕事をするときの環境が悪くない。
Q 3	この職業は、早朝や深夜に働くことがある。
Q 4	この職業は、日曜や祝日に休めるとは限らない。
Q 5	この仕事は疲れる。
Q 6	この仕事は単調である。
Q 7	この仕事なら、自分で仕事のやり方やペースを決められる。
Q 8	この職業は自分に向いている。
Q 9	この職業に就くことを望んだら、親は反対するだろう。
Q 10	この仕事では、身体が汚れる。
Q 11	この職業は、世間の人の評価が比較的低い。
Q 12	この職業に就けば、将来の見通しが明るい。
Q 13	この職業に必要な技能をおぼえたり、資格をとるのがむずかしい。
Q 14	この職業なら、就いてみたい。

(回答は「そう思う」, 「そう思わない」, 「わからない」のうち1つを選択する。)

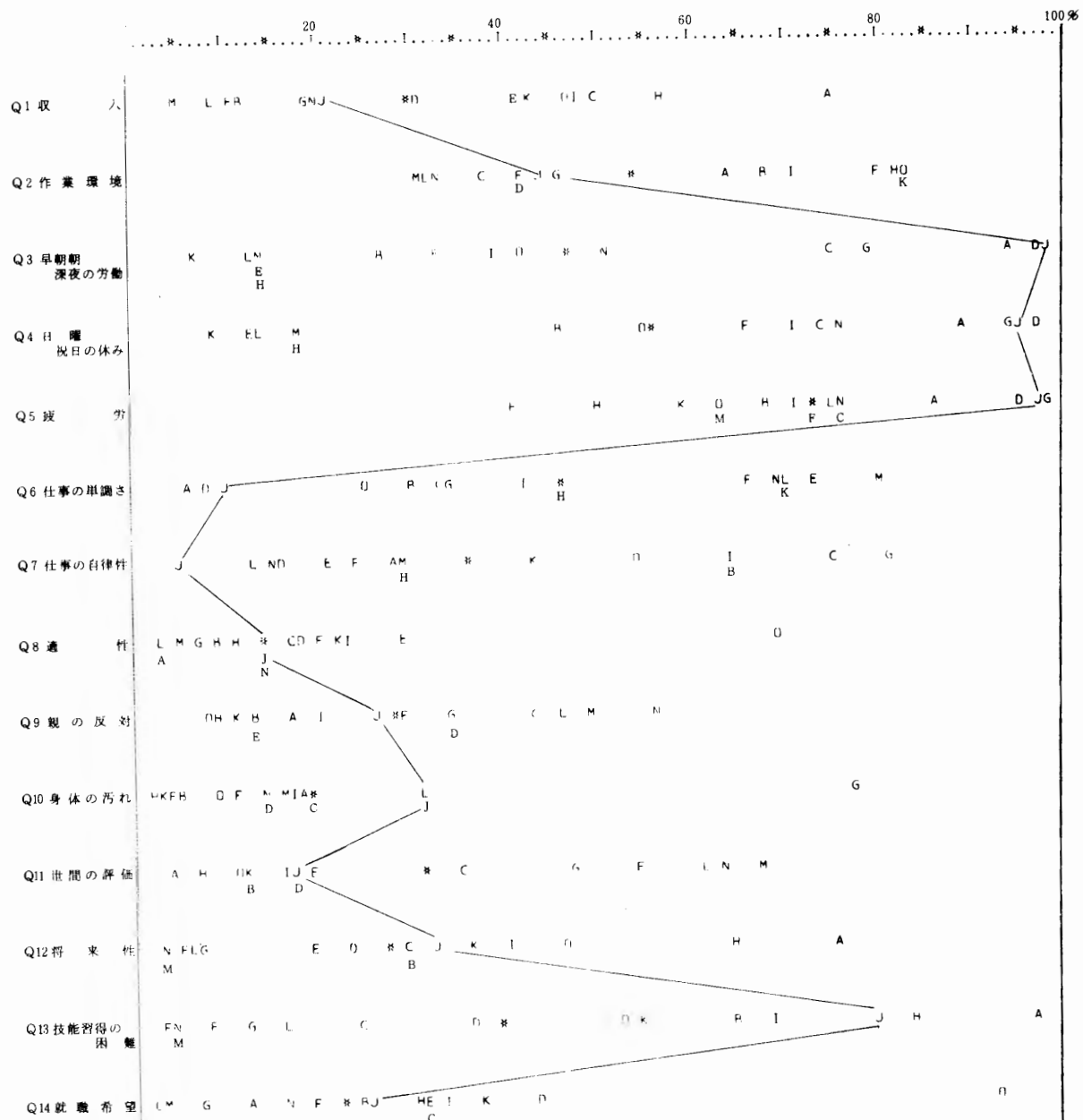


付図1 14職業の各質問への「そう思う」回答率(中学生N=163)

(図中: A ~ Nは 職業につけた記号
Q は 希望職業のイメージ
* は 14職業の平均
実線は「看護婦」イメージプロフィール)



付図2 14職業の各質問への「そう思う」回答率(高校生N=241)
(凡例は付図1と同じ)



付図3 14職業の各質問への「そう思う」回答率(中高計N=404)
(凡例は付図1と同じ)

The Vocational image of 'Nurse' perceived by high school girls

Junpei Matsumoto

This research was purposed to clarify high school girls' vocational image of 'Nurse' and consider some basis for their aspiration to 'Nurse'.

The subjects used for this study were 404 junior and senior high school girls in several areas in Japan. They were showed 14 occupations including 'Nurse', 13 items of vocational image for each, and asked to choose one of three alternatives (Yes, ?, No) concerning some item for some occupation. They were also showed 24 occupations to know their occupational aspirations.

Concerning to the vocational image of 'Nurse', the followings were found.

1. The Vocational image of 'Nurse,' was stable and clear-cut over high school years as compared with the other occupations.
2. The result analyzed by means of Quantification Model III by Hayashi showed they perceived 'Nurse' jobs as follows, they have moderate speciality, are not routine work, and

Hideo Okamoto

the person-to-person relationship plays important part of them.

These characteristics perceived by high school girls were similar to 'Manager of Coffee house', and were not similar to 'Farmer', 'Office girl' and 'Typist'.

3. In the relationships between aspiration to 'Nurse' and 13 items of vocational image of 'Nurse', 4 relationships (vocational fitness, vocational environment, prospectiveness, objection of parents) were statistically significant.
4. The discriminant analysis (Quantification Model II by Hayashi) of aspiration to 'Nurse' showed that vocational fitness discriminated between those who aspired to 'Nurse' and those who not aspired. The other items were not discriminated very much. The discriminating power of vocational fitness tended to increase through high school years.

産科棟における看護サービスの問題をめぐって(その1)

— 助産婦職種設定の意味 —

安 原 紀美子*

目 次

はじめに	22
1. 雑誌に現われた助産婦職種設定と適正要員算定, およびその背景	23
1-1 看護婦との比較	23
1-2 助産婦不足の視点から	26
1-3 助産婦としての歴史の中で	29
1-4 医師との関係	31
2. 「助産婦の職種設定」の意味	34
2-1 職種設定とは何か	34
2-2 現状打開のための手段	36
2-3 問題想起のきっかけ	36
おわりに	37

* 日本看護協会調査研究部

産科棟における看護サービスの問題をめぐって（その1）

— 助産婦職種設定の意味 —

安 原 紀美子

はじめに

ここに或る産科棟がある。褥室、新生児室がいくつかと、分娩室、陣痛室、回復室、処置室があり、ナースステーションと医師の詰め所などがある。ここを舞台にして医療にたずさわるチームが毎日妊婦をむかえ、分娩へと導き、産褥期を看護し、育児の世話をしている。あるいは婦人科の患者、外科や内科や耳鼻科、皮膚科などの疾患に病む人々も、いく人かいるかもしれない。

医療にたずさわるチームは助産婦と看護婦、准看護婦と看護助手や事務担当者等、そしてもちろん産科医が何人かいる。ときには産科医でなく、他科の医師が分娩介助を替るかもしれない。少なくともこの程度の職種のスタッフが何人かずつチームを組んで24時間、産科棟で働いている。

そしてこのような産科棟に働いている助産婦の間には1つの共通する問題意識、あるいは願望といったものがある。それは「助産婦職種を設定しなければならない」「助産婦の適正要員を算定し、定員化しよう」という言葉で表現されている何かである。しかしこれが一体何を意味するのか、あるいはなぜこのことが問題になるのかは意外にはっきりしていない。なぜなら助産婦が他の職種の人々とともに働く時、その仕事上の役割区分が、スタッフ1人1人の資質とスタッフの人間関係のあり様に依じて、又母親と生まれる子の健康のために流動的なのは当然ともいえるからである。

そこで私たちは助産婦が現在抱えている問題を考えていく第一歩として、「助産婦職種設定」「適正要員算定一定員化」にどのような意味がこめられてきたのかを、この小稿で明らかにしたいと思

っている。できるならばその社会的・歴史的背景にも簡単にふれながら。

この2つの言葉にこめられている意味を整理していくには、最初にこれらの言葉を仮にでも定義しておくことが必要である。法律をみると、保健婦助産婦看護婦法には助産婦の業務、免許が定められ¹⁾、医療法では産婦人科又は産科の看護職の適当数を助産婦とする、としている²⁾。ただし、社会保険における基準看護では、看護婦、准看護婦、助手の人員の基準が詳しく定められているが、助産婦には触れていない³⁾。たいていの病産院では看護職スタッフの中で助産婦と看護婦の区別があいまいで、しかも助産婦としての定員が定まっている施設はごくわずかである。このような現状において、助産婦としての「職種設定」と「適正要員算定一定員化」の意味を大むね次のように定義してもよいだろう。

「看護婦と区別して助産婦というものを職種という言葉を用いてうち出し、その人数を確保しようとする」とこの定義は簡単すぎるかもしれないが、これをもとに以下の議論の中でより明確にしていこう。

この2つの言葉が潜めている意味を整理していく時の材料として、その時々読者の興味を反映していると思われる助産婦向けの雑誌のバックナンバーを主に使った。整理の方法は「職種設定」と「適正要員一定員化」に関連する記事を大づかみにし、論点を再構成してみるという方法をとった。この方法では雑誌の記事に現われた、何らかの意味で助産婦のオピニオンリーダーの動向を知ることになる。ちなみに助産婦全体の動きを正確

に知るには、別の調査等を待たねばならないことを付記したい。

戦後まもなく、助産婦を対象とする雑誌として「助産婦（日本助産婦会雑誌⁴⁾）」と「助産婦雑誌⁵⁾」が創刊されている。どちらかといえば前者は主に開業助産婦を対象としている。後者は施設勤務助産婦向けという傾向があり、関連テーマの記事が多いので、ここでは「助産婦雑誌」にそって検討をすすめたい。ちなみに他の看護関係の専門誌には「助産婦の職種設定」「適正要員算定」に類する問題意識はほとんど見ることができない。

1 雑誌に現われた助産婦職種設定と適正要員算定、およびその背景

助産婦雑誌を通してみると、「職種設定」「適正要員算定」の関連記事は1960年ころから目立ちはじめ、1970年頃まで盛んであった。記事の体裁は論文よりも、助産婦同志や医師も交えて助産婦の将来を考えるような座談会やシンポジウムが多い。そして1970年代に入るとこの種の記事は急速に少なくなっている。ただし施設勤務助産婦の大半が加入している日本看護協会助産婦部会では1970年以降も「職種設定」を重要なテーマとしている。たとえば職種設定委員会が設けられており、これは1973年ころに業務委員会と名をかえて1976年まで存続した⁶⁾。このことからわかるように、1970年以降「職種設定」「適正要員算定」という問題が解消されたというより、変化しはじめたと解釈すべきであろう。小稿では資料の制約上、1960年ころから1970年ころまでの「助産婦職種設定」「適正要員算定」問題を扱うことにする。

ところで雑誌の中でみると「職種設定」「適正要員算定」は実に様々なことがらと関連づけて問題にされている。時期によって問題がかわるというより、ある1時期をとってもそうである。このため問題を整理することが困難だが、便宜上次の

4つの柱をたてよう。第1に同じ看護職としてチームを組んで働く看護婦とのいろいろな側面での比較において「職種設定」「適正要員算定」が問題にされている。第2に看護婦不足、助産婦不足とからんで確保対策として意識されている。この2つは「職種設定」「適正要員算定」と最もストレートに結びつけられている。第3に助産婦という職業の歴史の中で、かつての開業助産婦が得ていた社会的な位置をふりかえる中で意識されている。第4に、とくに正常分娩の介助をめぐる医師と助産婦との業務分担のあいまいさの中でも問題になってくる。

これらの柱ごとに「職種設定」「適正要員算定」という言葉に関連してどのようなことがらが問題にされているか、できるだけ論者のナマの言葉をいかしながらみていこう。ぜひとも「職種設定」や「適正要員算定」をしなければならない、と意識せざるをえない状況もうかびあがってくるだろう。

1-1 看護婦との比較

《不公平感》

看護婦との比較は典型的には次のようになるだろう。実際の場面では助産婦は看護婦より、仕事も非常に忙しく、業務上の責任も大きいのに、このことが報酬面では正当に評価されていない。これも職種設定されていないことが原因なのだと。

「助産婦というのは仕事を分類してみると、まずお産はやらなくちゃならないわけです。それから褥婦の看護をしなきゃならない、新生児もみなきゃならない、未熟児も見なきゃいけない、それだけの仕事をしてさらに混合病棟ですから、耳鼻科の患者とか外科の患者もはっているわけです。そうすると、看護婦の仕事もやらなきゃならないわけですね。（中略）だからそれを見たり聞いたりしていると、必然的に助産婦になろうなんて思いませんよ。それで待遇はといえば助産婦学校を1年やったからといって、どれだけ給料がよくなるかと言ったら、看護婦さんと同じということで

しょう。（青木康子・日赤産院）結果においては退職のときにも看護婦よりもかえって悪くなる。先に就職していないから少ないということです。

（小谷静恵・日赤助産婦学校教務⁷⁾1964.1）」

給与の実態は国家公務員助産婦と看護婦は同年齢同額であり、1961年から助産婦に対して初任給調整手当が3年間だけつくようになった。が、不公平感は消えていないようである。

そして業務上の権限の違いについては次のような意識がみられる。

「今の助産婦だって看護婦とは違うのですよ、確かに、病院などで看護婦と一緒にしていること自体がおかしいんですよ。あれはぜんぜん別のもんなんです。権限が違うんですから、助産婦には助産という、ひとつのはっきりした業務ができる権限をもっているのです。――母子の看護だけなら看護婦でも准看護婦でもできます。しかし正常分娩をその人たちに医師が任せるという段階になると、これは助産婦でなければならなくなってくるんですよ。（伊藤隆子・厚生省看護課1968.10）」

《区別すべきか》

毎日が重い責任と忙しさに追われ保健指導など新たな業務にとりくむこともできず、かといって現状改善のための業務整理もすまないという状況下で、助産婦が仕事への情熱を失ない、あきらめムードが広がっていることが指摘されている。そして他方では現状への焦立ちから、強引に看護婦との境界線をひこうという提案も次のようになされている。が後で述べるように、看護婦との区別を実行するについてはためらいをみせていることも見逃せない。

「看護婦さんでいい仕事はやらないで、助産婦本来の仕事である保健指導とかそういうものをするようにしたらどうかということをよく言うんです。あるいは逆に看護婦の名称で雇うならば、看護婦さんと同じ仕事でないとしない、お産はだれもやりませんというふうに、強い助産婦さんにな

ってほしいと思うんです。（青木康子・日本赤十字社産院1964.1）」

しかし、このような主張にも拘らず実際には助産婦と看護婦の違いがなかなかつけられない。そこで看護婦と助産婦の違いが一見してわかるように、まず外見から区別して周囲の人々に示そうという議論が始まっている。あわよくば制服を区別することが、意欲を失ないかけている助産婦の自覚を促せるだろうという期待をこめている人もいるようだ。「（以前は助産婦が）妊婦診察を引き受けておりました。ところが、患者さんがせっかく病院まで行って医者に診てもらえないで帰るとい苦情が出て取りやめになりました。それともうひとつは、看護婦と同じ服装をしておりますでしょう。ですから助産婦でなく看護婦に診てもらっているという感じがあるのですね、で、何か心もとない、私らみたいに年をとってくればまだいいのですけれど若いとそうはとられませんね。ですから助産婦が外来のクリニックをもったら、助産婦という表示を胸に出させるか、看護婦と別の服装で働かせたら、もっと良くなるのではないかと常に感じています。（笠原トキ子・関東通信病院副総婦長1967.1）」

ところが助産婦と看護婦を外見から区別することが妊産褥婦に与える印象、あるいは次の例のように助産婦と看護婦がチームとしてよりスムーズに働くことに及ぼす影響を考えると、助産婦自身がためらいもみせているのである。「職種を弁別するというのはまずいんですか。（編集者）まずいというより、たとえば産科病棟の中に、全部助産婦も看護婦も准看護婦もおりますね。そのへんが……。この人たちが看護婦で、准看護婦でという職種別な識別をとりますと、看護婦さんは産科にいるのをいやがるんじゃないかと思うんですよ。（山崎文江・国立東京第二病院）それはありますね（瀬川ヒデ子・国立京都病院）労働意欲を失うだろうと思うんです。ですからやっぱり同じレベルのスタッフであるということをたえず患者さんに意識させるこ

とによってほんとうに働く意欲がわいてくるんじゃないかと思うんですね。（山崎文江 1968. 11）」

《総合看護理念の下で》

助産婦が看護婦と比べて仕事の権限が大きく、忙しいのに報酬はそれほどよくない。だから看護婦とはっきり区別しよう、だがそれは実際上あまりよくない。と、こう議論がいきづまると、職種そのものの基礎となる基礎教育課程での看護婦との区別へと議論がさかのぼっていく。この問題意識は戦後の看護界を一貫する総合看護理念（教育面では保・助・看教育の一元化）に基づき、まず看護婦教育新カリキュラムが定められた 1965 年前後の時期に顕著に現われた。新カリキュラムによって、看護婦教育の中で母性看護分野が充実してきたことを、助産婦として歓迎する気持ちが次のようにある。と同時に職種を脅かされるようないまつの不安も入り混っている。「母性看護として、看護婦学校の中で単独に考えられてきたということは、婦人の一生の中の特殊の状態をみていこうという発想からであって、このことは大きな進歩ではないか。またそれが分娩期の一時期だけがカットされていた従来の学課課程を改めて、母性の特殊な時期である妊娠、分娩、産褥期をより適切に母性として一貫した教育内容を充実した形で織り込んだことは看護婦教育の一大改革というべきでしょう。（藤田八千代・神奈川母子保健センター 1966. 10）」

他方ではこの時期、看護婦の新カリキュラムの発表後、次に保健婦・助産婦の教育課程が詳しく公表される 1971 年までの間、看護婦教育課程終了後 1 年間の助産婦教育が必要とされなくなるのではないかという危機感が生じた。ひいては看護婦教育の中で母性看護が（分娩介助も含めて）充実していくことによって、それでなくともあいまいな助産婦としての職種や資格がおびやかされるかのような危惧とつながっていったのである。「この（看

護婦）3 年コースの（新）カリキュラムがそのまま助産婦教育の前提であるということじゃなくて、また別の意味を認めてのものだと解釈してよろしいわけですね。この教授要目案を土台にして助産婦教育、保健婦教育をする場合 3 カ月か 6 カ月かそこらの実習をして、それで助産婦を育成するという考えももれ聞くけれども、そういうことの心配はないのですね。（藤田八千代 1966. 10）」

そして改めて、新カリキュラムによる看護婦教育とは別に、さらにどのような助産婦教育が必要かという議論の中で、看護婦と助産婦の違いをそれぞれの業務の本質に立ち戻って評価しようとしている。「看護婦の教育では、看護婦が人間を看護する場合に、人間を生まれた時からずっとおとなになるまで、その中の母性を考える時に妊婦になった、お産をした、あるいは母乳を与えているという事態にどういう看護をするかを教えるためにカリキュラムがあるわけですね。ですから、それがよくできるための教育の内容ですから、助産婦業務をやる場合には特別な（教育）コースが私はやはり必要だと思います。——助産婦だったら、これが正常でこれが異常だということを判定するために必要な技術をどうやって教えないかならないかということになるし、助産婦の特別な技術が必要だとして、その基盤になるものを教えてもらって、その技術の練磨をすることになるわけじゃないんですか。それから、お産をした人のあとの取扱いもやはり助産婦でなければできないことがあるわけですね。妊婦が助産婦のところにきたら診察しなければならないでしょう。診察することは看護婦にはないわけです。これは 4 カ月だと診断しなければいけないわけですね。これが正常か異常かを診断しなくちゃならないということでしょう。実際に生まれるという（時）、看護婦さんだったら生まれそうですと報告すれば、そこに助産婦さんがきて、肛門診なりで判定なさるわけですね。そして分娩したので次はというこ

とになる。(前田アヤ・聖ルカ看護大学 1966. 10)』

たしかに現実にはこのような違いがあるかもしれないが、これと、看護の将来にむけての総合看護の理念とをどのように結びつけていくのかという点で考えるべき問題を含んでいる。というのは総合看護の理念は、保健婦、助産婦、看護婦等がそれぞれの持ち場の中だけで働いており、相互の交流が進んでいない現状への反省に基づいている。看護を必要とする人々に適切な対応をすることを第一義として、偏狭になりがちな職種の枠をとりはらい、職場も、扱う対象も相対的に拡大しようという理念である。

この理念にてらしてみると、助産婦と看護婦の職種の区別をことさらに強調することはかえってデメリットになる可能性も大きいといえよう。後に 1971 年に、総合看護の理念にそった助産婦教育課程がつくられたときにはもう、この時のような議論はくりかえされなかった。

1-2 助産婦不足の視点から

《現場での不足感》

助産婦数の不足は現場の業務の中で日々切実な問題となっている。1977 年の日本看護協会調査でも、産科棟の婦長のうち 68% までが、業務量と比べて現在の助産婦数が足りないと考えている⁸⁾。現場での問題意識はおおむね次の 4 つの文脈に整理でき、ここでも看護婦への対抗意識のようなものがうかがえる。

1 つには、助産婦人数が不足しているので仕事の忙しさが一層厳しくなると受け取っている。つまり少ない助産婦で、24 時間の分娩を担当し、かつその付帯業務も行わねばならない。忙しさに追われて、新しい業務にとり組むことも難しくなっているというのだ。第 2 に助産婦が足りないために、産科棟で看護婦や准看護婦と一緒に働かざるを得なくなる、とも考えている。つまり看護婦や准看護婦でもできる業務は彼女らに渡し、助産婦しかできない仕事は無理しても行うという

消極的理由だけでチームを組むことになる。トラブルや葛藤もおこりがちである。3 つめは施設全体を考えた時、医療職種の中で助産婦の数が少ないために自分たちの主張が弱まり、意見が容れられないのだというふうにも関連づけている。最後に、助産婦の若い志望者が増えそうもないという現状認識から、将来は今以上に助産婦が少なくなり、先細りになるのでは、という危機感がある。

たとえば現場の助産婦は、次のようにとらえている。「これから助産婦に進もうとする学生にとって、助産婦が魅力がないといえば魅力がないんですね、現在は。ですから志望者が少なくなりますと、助産婦の絶対量が不足してくる。そこで看護婦が当然その中に入ってくると思うんです。現にうちは助産婦が大体 $\frac{2}{3}$ ぐらい占めているんですけども。いずれ助産婦がだんだん減ってくると思います。そうしましたらやっぱり看護婦が進出してくるんじゃないかと思います。(山崎文江・1968. 11)」

ただし、助産婦が不足しているという認識が病産院助産婦の内輪の話にとどまり、病院関係者、行政官などの認めるところにはまでは広がっていないという問題も指摘された。というのは、助産婦全体をみると開業助産婦がある程度いるので、一応人数が確保されているようにみえる。このために、分娩の中心である病産院勤務助産婦が実は不足していることが、隠れてしまっているというのである。「たとえばいまの分娩数を助産婦 1 人当たり取り扱い件数年間幾つというふうに割り出していっても、助産婦の総数としてみた時には、決して不足という数は、ほかの職種ほど大きく出てこない。ただここに問題がございすのは、いわゆる開業助産婦、あるいは開業助産婦に勤務している人というようなことで、家庭分娩が多くて病院分娩が少なかった当時働いていた人たちが、そのままの姿でのこってしまっているということが大きな問題と、病院に勤務している人が助産婦であるという姿は、なかなか他の人にみえてこないで、むしろ助産所の勤務者、あるいは助産所を開設してる

人たちが助産婦であるという観念の方が強いわけで、長い歴史というものが、相当人の頭の中を支配するし、また考えかたも支配をしてきます。こういう関係で、助産婦は多いんだということが一つ大きく頭に出てくる。

やっとこのごろになって、この開業してる人たちの年齢構成とか、あるいは配置・分布ということが問題になってきて、助産婦が足りないんだ、という真剣な声がボツボツ出始めてきた。(伊藤隆子・厚生省看護課 1967. 3)」

次に、統計の上から助産婦就業者数と分娩の動向、産科医師数の動向を簡単におさえておこう。

《統計にみる助産婦の現状》

助産婦就業者数をみると、1952年が最も多く、しかも1960年頃でも実に助産婦のうち86%までが独立して助産所を開業しており、助産婦といえば開業しているものというイメージが強かった。しかしその後助産婦数は急激に減少し続けている。他方では、診療所や病院に勤務する助産婦はいくらか増えているが、開業助産婦の減少量には及びもつかない状態であった。助産婦の働く場が全体として衰退しているというかんじはこのような現実を反映している(図1参照)。

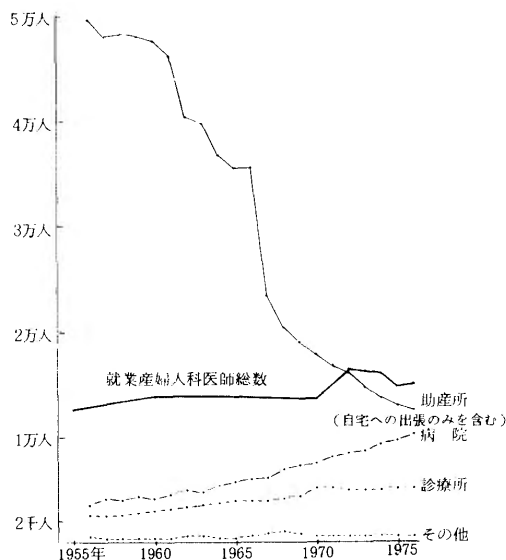


図1 就業場所別にみた就業助産婦の推移

資料 「看護関係統計資料」昭和45年、50年厚生省医務局看護課
「医師・歯科医師・薬剤師調査」昭和51年厚生省統計情報部編

助産婦へのニーズを、出生件数を指標としてみておこう。出生総数は1949年をピークとして次第に減少している。特に自宅分娩の急激な減少と、施設分娩の増加が著しい(図2)。図1と合わせてみると、助産婦数が出生数の推移に追いついていない。結果的に助産婦の働きかけを最も必要としていると考えられる周産期の母子のそばに、助産婦が必ずしもいなかったと言えよう。

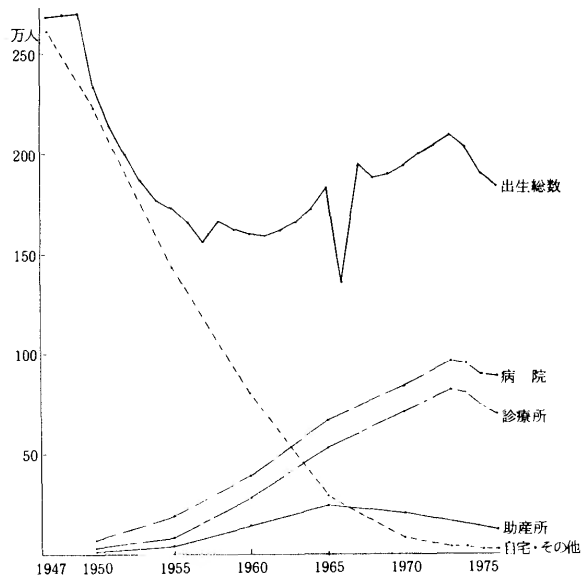


図2 出生の場所別にみた出生数の推移

資料 「昭和51年人口動態統計」厚生省大臣官房統計情報部

ところでこのように施設分娩が普及してきた背景には、母子の安全を図るために自宅分娩でなく、入院分娩を奨励してきた1948年以来の国の政策がある。即ち国は1948年、児童福祉法の具体的方法を著した「母子衛生対策要綱」を明らかにし、その中で妊産婦死亡および死産の減少をはかるための入院分娩の普及を、政策として打ち出した。戦後、産科医師が増加し、正状異状をとわず医師の分娩立合が加速度的にふえてきたといわれるのもこの政策が発端だったといえよう。当初は異状分娩の人が入院して医師立合のもとで出産することが眼目であった⁹⁾が、これが達成した後ひき続き正状分娩についても入院が広く普及していった。そして結果的には入院分娩奨励政策によって、助産婦にとっては開業という就業形態を脅かされ、

又は正状分娩の立合を医師と助産婦が奪い合うという変則的な事態をも派生することになったのである。

しかも若い助産婦の養成も長い間進展をみせてこなかった。全国での養成数が年間500人をこえたのはようやく1967年からである。1962年までは、ずっと300人以下のまま横ばいであった。戦前、61校あった助産婦学校数も、新制度のはじまった1952年には全国でたった8校に落ちこんだ。このあと、1955年から58年にかけてと、1969年から73年にかけて2度、大幅な増校が行われ1977年に漸く61校にまで回復した。ただし、1955年から58年にかけては、増校したにもかかわらず逆にだんだん定員充足率が5～60%までおちたため、養成人数が実際に上昇しはじめたのはかなりおくれてやっと1963年であった。¹⁰⁾

定員充足率が現わしていることも重要である。これが50%台におちこんだ時期は極端としても100%は1953年だけで、ずっと80～90%台である。助産婦養成の定員が少ない上に入学者が常に充足しない状態が、戦後新制度の教育がはじまって以来ずっと続いているというのはかなり異状といわざるをえない(図3参照)。助産婦のなり手がなく、志望者がふえない、助産婦全体が老齢化していく、という嘆きはこの事実に基づいている。

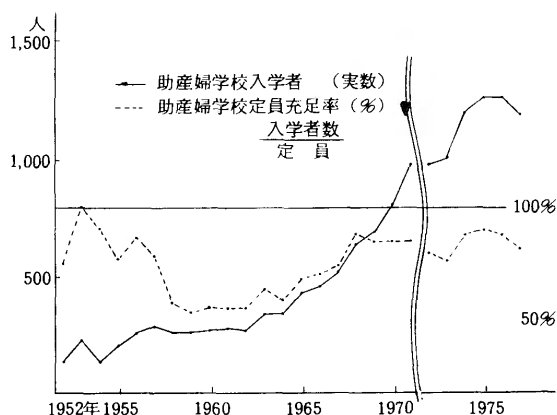


図3 助産婦養成の推移
資料 図1に同じ。

このように助産婦就業者数も新人の養成も先細りであるにも拘らず、社会的な問題として助産婦不足が正面からはとりあげられなかったことも事実である。国の政策としての助産婦の養成・確保対策が長い間ほとんど講じられず、助産婦数は減るばかりであった。厚生省がこの問題を真剣に考え始めるのは、1974年の「助産婦問題検討会」を待たねばならない。¹¹⁾

ところが国の対策が講じられるまでの間も、特に(開業)産科医師の間では診療所での助産介助時の助手の不足が、現実の緊急問題となっていた。そしてこれを解消する当座の手段として、産科勤務の看護婦、准看護婦を正式の助産婦教育ではない教育によって格上げするという、変則的な養成を許すことにつながった。これが准助産婦とか、産科看護婦とか呼ばれる、保助看法に基づかない「資格(職種)」であり、正式の助産婦にとっての背後の脅威となり続けている。

《助産婦業務との関連》

詳しくいうと、助産婦が不足していると一口にいても、たとえば病棟での看護管理の状態によって不足の状態は変わってくる。そこで助産婦の間には、助産婦不足と言うが助産婦らしい仕事を現在行なっているだろうかという反省や、助産婦不足は単に人数の問題だけではないという認識が生まれている。現状の中でまず問題なのは、業務整理を進めて助産婦が助産婦としての仕事を専一にしていけることであり、助産婦の仕事、その有用性を人々に認識させていくことであり、助産婦数の不足はその次の問題ではないか、というものである。

「(医療・看護チームの)管理がうまくいっていない。その辺のところの看護単位管理のポイントを助産婦がもつということが理想のような気がするんですけどね。いま、ただ足りないということのかたづけでしまっているから、私たち助産婦も自分たちの仕事でありながら、忙しい忙しいと口でいって放棄している感じが強い。もう少しま

ともな管理をすれば、助産婦はそんなに足りないと私は思っている。（助産婦・1970.6）」
「助産婦の絶対数が足りないことは、たしかに足りないんですけど、実際助産婦は助産婦の仕事をしてるのでしょうか。（中田豊子・1968.1）」「私、だけどよく考えたら施設の助産婦は、ごくごく少ない数でもいいような気がするんですよ。専門の指導する人とリーダーになる人がいて。（桜井マリ子・大阪赤十字病院 1968.1）」

というわけで、現在助産婦が不足しているとみるか、それとも助産婦の仕事を現在とはもっと違ったものとして方向づけ、そこを基準にして現状をみ、改めて考えていくかが問題になっているといえよう。

1-3 助産婦としての歴史の中で

《開業助産婦からのつながり》

戦後は一貫して施設分娩が急激に増えてきた時期として特徴づけられるが、このことが助産婦に及ぼした影響は小さくなかった。一方では開業助産婦の働く場が確実になくなり始め、しかし他方では病産院で医師や看護婦等とのチームの中での助産婦の立場や役割もまだまだ定まらなかった。また業務の上では、従来からの周産期を中心とする業務なかんづく分娩介助に加えて、女性の一生を対象とした保健指導を行なうという新しい理念は魅力的だったが、この理念を、縮少しつつある開業助産所や抬頭しつつある病院でどのように実践していくかは、長い間模索が続く。これらの変化はそもそも助産婦自身が進めてきたというよりも、助産婦にとっては、変化をどう受けとめるか、対応に追われるような状態だったといえよう。

むしろ助産婦自身には、このような時代の流れから取り残されてしまうのではないかという危機感も根強い。これは戦争直後頃まで助産婦が独立して仕事をし、社会的地位が比較的高かったことと対比することによって、一層強まっているようだ。かつての開業助産婦を助産婦という職種の拠

りどころとしているようである。それではかつての開業助産婦の仕事ぶりはどうだったのか。「（昭和10年頃は）みんな自宅分娩だったものですから、それこそ夜中にお産がありますと、あちらからも、こちらからも迎えがきますと両方にいかなきゃなりませんので、助手も大勢つかいましたし、自分一人でできませんので、両方に助手をおいては、またほかの産家へいって診ては、またこっち診たり、あっち診たりして。（青柳かくい・東京都大田区開業助産婦）昭和初期から戦中まで、助産婦さんにたいする日本の社会的価値といえますか、評価はどんなものだったんでしょうか。（編集者）その頃は産婆といいましたけれど、今から思うと、ずっと高かったと思います。お産は、自然産は必ず助産婦がとりあげるものとされておりましてものですから、私も女医になったら、なんていわれた時代もございましたけれど、お産は助産婦でなければできないという誇りをもっておりました。それで助産婦になりました。（青柳かくい）開業していた時のほうがよっぽど尊敬もされ（笑）、社会的評価も高かったと思います。病院というのはどういうわけでしょうか、看護婦や助産婦を低く評価しますね。それは、いつも痛切に感じますけれど。ですから、よけい今の若い方たちは病院に勤務して、失望するのではないかと思います。

（笠原トキ子・関東通信病院副総婦長 1967.1）」

当時の助産婦も病院勤務したが、職業生活上の位置づけが今日とは異なっていたようだ。「（かつての開業助産婦の中で病院の）産科に残る希望者はとても多かった。というのはその当時の産科に残る人は、やがて自分で開業するためにそこで勉強しようという人たちが残ってたんですよ。それが病院側としてはその習慣がずっとついていたから、とくにそこで助産婦という職種を作ったり、独立の立場を認めたりしない状態が長い間続いていたんじゃないか。（伊藤隆子・厚生省看護課 1967.1）」

他方では助産婦という職業が時代の流れのなかでかつての高い社会的地位を次第に失ってきた原

因の1つが、ほかでもない助産婦自身にあるというもどかしさも同時に感じていた。新しい時代に対応していくチャンスをみすみす見逃したり、放棄しているのではないかという自省である。たとえば、保健指導という新しい分野についての意見「助産というのは昔からやっていたわけです。ところが新しく保健指導という分野が（終戦後）つけたされたわけです。だからその分野を助産婦じしんがちゃんと作りあげていかなきゃいけなかったわけです、ところがそれが終戦後かわって以来そういうものが何も作られていなかった。だから結局、自分じしんで働く場をきめちゃっているわけです。お産を取り上げるだけで今でも満足しているような状態でしょう。（青木康子・日赤産院 1964.1）」特に古くからの助産婦たちがこの保健指導に意欲を示さないことを嘆く声も、若い助産婦たちの間には広がっているようだ。また、開業助産婦が地域で医者と競合でなく、共存しあうことがなぜできなかったかと悔やむ声もある。というのは異状な状態の妊婦でも、医師に回せばその妊婦をとられてしまうという狭い考えから開業助産婦がかかえこんでいたのではないかという厳しい指摘がみられる。

ここにみた開業助産婦と対比して病院勤務助産婦をみるとらえ方は、次のような考え方として整理することができよう。開業助産婦ならば、他職種のいない所で妊産婦と1対1で接していられた。当然、当の妊産婦についての全責任を助産婦が担っており、そこから妊産婦との親密な信頼関係が生まれ、助産婦としての絶対的な威信が認められていた。またそれゆえに助産婦が妊産婦をかかえこみすぎるという併害もあったわけである。ところが病院という所は、他職種と共に働けること、つまり1人の妊産婦の安全を期して多くの職種が見守るということが大きな利点である。しかしこの利点が裏目になるとかえって責任をいくつかの職種に分散させ、それぞれの威信を相対的なものにもしてしまう。こうして助産婦にとって一面で

は、かつて開業助産婦が中心であった時にかち得ていた絶対的な妊産婦との信頼関係と威信が相対的に低まり、ひいては職種としての評価が低下したという実感が残っている。

このような文脈からみてくると、助産婦の威信の今以上の低下をせき止め、巻き返す気運の象徴として、「助産婦職種設定」「定員化」が位置づいてくる。

《助産婦だけで働く夢》

比較的に新しい職場である病産院で、助産婦としての働き方が定まっていなかったために、何かにつけて自尊心を傷つけられる。しかもその原因が多岐にわたるため解決が極めて困難であろうという悲観的な予測から、問題解決の場を外に求める意見もでてきていた。すなわち医師も看護婦もいない、助産婦だけの施設で働きたいというバラ色の夢である。病院の中の産科で医師の指揮下で働いていると、助産婦の仕事内容も待遇も看護婦と同じになりやすいし、少人数であるために軽視されがちである。そこで助産所や産院、あるいは母子健康センターであれば助産婦の仕事は、医師の介助でなく独立して行なえる……夢はふくらむのである。「都市では産院形式。地方では健康センターでやっていくということで、そこでの助産婦の活躍というものは大いに期待されなきゃいけない。そうするとやっぱり助産婦も自分たちの仕事にもっと誇りを持って、やりがいのある自覚ができてくると思うんです。現在のような看護婦だか助産婦だかわからないようでは魅力がないということですね。そうすると職制の問題の解決も待遇の問題も業務の分析も、それこそみんな解決できそうな……。 （村岡八千代・神奈川県健康母子センター）

そういう産院形式のものは大体医師が作っていたり、国が作っていたりするんだけど、できたらわれわれ自身の手でやりたい。（青木康子 1964.1）」この種の意見にはただし、かつての独立自営の開業助産婦の生き方を、社会的状況の異なる今日に再現しようとするきらいも伺える。

さらに、病院勤務が中心になるという時代のすう勢を前提にして考える場合も、助産婦だけの病科棟をというかっこうで連綿と受け継がれている。「やっぱり産科勤務というのは全員が助産婦であるということが一番理想なんですね。ですけど国立みたいに助産婦制度が認められていないとか、あるいは非常に給料の安い病院とか、そういうところだと助産婦の集まりが非常に悪い。ですから看護婦を当然置くことになると思うんです。(山崎文江・国立第二病院 1968.1.)」

しかし、ここで注目すべきなのは、そもそも助産婦の職種設定がないことによる問題を解消していくために、助産婦だけの職場をふやしていくはずだった。ところが、まさにその「助産婦制度が認められていない」ために助産婦の集まりが悪く、看護婦を置かざるをえず、助産婦だけの職場が実現できないという大きな矛盾にぶつかることである。また、かつての開業助産所では助産婦が、従業員としての看護婦の育成・指導や嘱託医との連携に心を砕いていたことを考えると、他職種にじゃまされない助産婦だけの職場を、という夢の現実的な可能性は極めて小さいと言わざるをえない。

もちろん、助産婦だけの職場という夢に助産婦全体が固執していたわけではない。この夢の対極には、「2.助産婦不足の視点から」の最後に述べた、助産婦がなすべき仕事を吟味して選び、チームのリーダーを目ざすという、より現実的なビジョンが位置しているといえよう。

1-4 医師との関係

《業務分担の混乱》

助産婦の最も身近で働く医師の行動や意識は、助産婦としての働き方に無視できない大きな影響を及ぼす。そこで助産婦の職種設定にまつわる問題を明らかにしようとする私たちの試みの最後に、助産婦の業務と医師の業務の接点、あるいは境界線を押さえておく必要があるだろう。

業務をめぐって医師の意見と助産婦の意見が対立するときは、助産婦が医師に侵されない業務を確立したいと決意を新たにする場面の1つであるようだ。医師との関係で問題になるのは医師とこの業務分担の混乱ということである。

とりわけ正常な経過をたどる妊産婦の介助をめぐっておくる意見のくいちがいが典型的である。つまり本来正常な妊娠・分娩は助産婦の扱う領域であり、経過が異状を示すと医師が要請されるという役割分担が一般的かつ法的な考え方であるが、実際問題としてはこの業務分担ではあまいすぎ、時と場合によって役割がいかわりうる。このために業務分担が混乱しているという問題意識が生じている。たとえば産科医師が正常分娩までも介助したり、保健指導や妊婦検診を助産婦にさせないとか、逆に助産婦が正常分娩のみならず分娩の異状事態に臨機応変に対応することも、そう珍らしくはない。

そして産科医師の権限が助産婦と比べて格段に大きいことが、問題を一層複雑にしている。このために、助産婦と産科医師が対等の立場にたって業務を整理し、業務分担の線を合意するということにはなかなかなりにくく、助産婦の間にあきらめがみられる。次は極端な一例である。「私のほうは、問題点といえば、助産婦業務がまったくできなくなったという、その1つだけなんです。医長先生の交代を機会に分娩介助は医師が行なうという方針がとられました。それを、私たちが、無理に『正常分娩だけはやらしてください』といって、させてもらうようにしたとしても、そこにはまた問題が出てきて、気持ちよく働けないだろうと思うのです。そういう空気のなかで働くよりは、先生にやっていただいてスムーズにやっていくようにするよりしかたがないというふうに、そのなかで働いている同僚たちの空気が自然とそうになってしまったわけなんです。(助産婦 1970.6)」

但し業務分担の混乱の具体的な現われ方は施設の規模や産科医師、他科医師数、看護職スタッフの陣容、医療・看護方針の違い等によって異なっ

ているようである。「医療機関でもいろいろですね、300床くらいのところで、きょうは眼科の先生が当直だとか、そういうような場合に本当にしっかりした助産婦が必要です。それは異常になったら産科の先生にご連絡するけれど、その間に骨盤位(の児)が生まれる、多量出血があるといった状態に対して、助産婦はみな自分でやっていらっしゃるんじゃないですか。(勝島喜美・公衆衛生院 1968.10)」

「大学病院で正常分娩に医者が関与する率が前よりずっと多くなってるわけです。正常分娩でもいつ異常になるかわからないということになれば、正常もいろんな科学的な方法で研究すべきですし、そうするとどうしても正常分娩でも3人ぐらい医者がいるということになりますね。そうすると教育の仕方がどうしても助産婦のほうは、正常分娩でもお医者さんが常にいるというふうに変わってます。(我妻堯・東大助産婦学校講師 1968.6)」

また医師と助産婦の業務分担は時の流れによって違った様相を呈してきた。変化の原因は技術の進歩、ニーズの変化等もあるが、産科医師数と助産婦のバランスの変化ということが意識されているようである。「私が就職した当時は医師が不足していたのです。ですから必然的に私が妊婦診察を受持つことになって、異常の患者だけを医師のほうに回して、処方を書いてもらったり注射や処置をしてたのです。私が診察してなんでもないものは保健指導しておりました。また医師から保健指導カードが回されますとそれもいたしておりました。(笠原トキ子・関東通信病院 1967.1)」

ある医師は次のようにとらえている。「戦後、一時非常に産科の医師を希望した人が多い時代がある。たとえば、1945～6年ごろから1957～8年ごろ。このころは、産科の医者がぐんぐんふえてきました。各病院にも多かった。従来、助産婦だけでやっていた産院も、産科の医者がどんどん仕事の領域を広げていって、助産婦業務のなかにまでくい込んでいった。ところが、最近産科の医

者も少なくなってきた。もちろん助産婦は非常に少ないわけですが、産科の医者のほうからも産科の医者が外来診察まで全部、はたしてやらなければならないかどうかという疑問が出てきているようです。(医師・1970.6)」

(医師・1970.6)」

《業務整理の可能性》

このように医師と助産婦の間での業務分担の混乱がいろいろな形をとって現われているが、ではその混乱を解決しようというときに問題解決を妨げている要因として次の3つを指摘できる。

1つは医師と助産婦のコミュニケーションが一方的になりがちで、意見がくい違った場合の調整が難しいこと。ひいては助産婦が問題解決にとり組もうという意欲を失なうことにもつながる。1つは分娩経過の正状、異状の判断が微妙であり、かつ責任ある判断を助産婦が行なうべきか医師が行なうべきか医師の間でも助産婦の間でも意見がわかれていること。第3は医師との業務分担に関する法制が足かせとなっていることである。これら3点は問題解決を妨げると同時に、問題を深刻にする要因にもなっている。次に少し詳しく説明しよう。

第1に、医師と助産婦のコミュニケーションが意外な程なされていない。このため意見がくい違っている場合でも双方の言い分を伝えないままに自分の判断で行動し、その結果さらに溝を深めていくようだ。「病産院は、お医者さんの主体性がひじょうに巾をきかせ過ぎちゃって、たとえば助産婦が診察をしたり、あるいは意見を申し述べられると思うんですね。ところが、それが……………」

(田中美代子・慶応大学病院産婦人科婦長)

ひじょうに遠慮していわなければならない。(高口保明・神奈川県立母子保健センター院長 1964.7)」

「助産婦さんが産科の医者に注文をつけるとすれば、それは話の持っていく方、雰囲気がありますよ。たとえば、患者の産婦は耳がもちろんきこえているわけです。これが無痛分娩かなん

かで眠っているときならいい。若い先生であれば、めんつにかかわると思うんです。（医師・1970・6）」「たとえば先生が、けいれんをしている子にフェノバルを0.5 やりなさいという指示を出す。そうすると、自分たちの経験でそんなにやっていたのかしらなんて、0.3ぐらいしかやらなかったということをする。（助産婦・1970.6）」一見すると些細な事だが、助産婦が、責任ある判断を下したとしても、それを表明するにも、さらに医師チームに受け入れられるにも、気苦労があることがわかる。

このように医師との間に葛藤が生じがちなため、助産婦が問題解決にあえて一步踏みだすか、あきらめて言われるままに退いてしまうか、というとき往々に後者を選びがちとなる。この消極的な姿勢が医師と助産婦の業務分担の問題解決をさらに遅らせているようだ。

第2に、業務分担の混乱をもたらしているより基本的な原因として、責任ある判断を下すことにまつわる微妙な問題がある。たとえば分娩経過をめぐる正状と異状の境界線をどう考えるか、誰の責任で、何時判断するか等の判断の違いは、医師の間でも助産婦の間でも生じうる。判断の違いが助産婦と医師の間で生じると、先にのべたコミュニケーションの問題もあって話がややこしくなるのである。この点について、助産婦としての判断の正確さを期すことをめぐる次の意見を引用しよう。「私たちが臨床経験上から判断していたことと、MEで判断することとの間に差があって正常と異常との判断がむづかしいとよくいわれるのではないのでしょうか。だからMEとか科学的検査法、診断法を使わなかった時には気がつかなかったけれども、使用した時の結果は正常ではなく、おかしいなと思っていても、正常産で生まれたり、一方この正常産はほんとうに正常産といえるのであろうかと、疑問を持ったり、ともかく産科学が一段と進歩する過渡期ではないのでしょうか。（勝島喜美 1968.10）」

他方医師の間には、助産婦が今以上に独立して自分の判断で仕事を行うべきだという気持ちと、それを危む気持ちとが交錯している。これに関して現在の若い助産婦には妊娠・分娩経過が正状を逸脱しかけるとすぐ（異状になる前に）医師に渡してしまうという風潮が強まっていること。これはかつての開業助産婦が独自の判断で医療行為にふみこみがちだったのをひき戻そうとする助産婦教育の結果であったという医師の指摘もみられる。また助産婦がどこまで扱うかの判断を助産婦が下すのか、医師が下すのかをめぐる議論がある。「（助産婦がどこまで扱うかという判断の）独立独歩という線のきめかたがむづかしいのは確かですけれども、私の言ってるのは、のっぴきならなくなるまで取扱うかどうかという意味じゃなくて、個々の症例に対する限度というものを（助産婦が）自分で判断しないで、医者（医師）の判断にまかせきという消極的な態度になっては困るような気がするんです。（津野清男）」「ぼくはそれはある程度しかたがないと思うんです、もし異常が起きたときには、医者が責任を持たなくちゃいけないのであって、助産婦は正常のものしかできないのですから、医者がやはりまかすべきか、まかしてはいけないかということの限界を、きめるべきだと思います。（塩見勉三・日赤女子短大教授 1968.6）」

第3は、たとえ助産婦が意欲的であっても、問題によっては法制上のネックがあるということである。小稿で法制上の問題をもうらすことはできないが、たとえば出生届の署名を助産婦の手にとり戻すことをめぐる、助産婦同士の議論は次のように進む。「ほんとうに病院の産科病室の助産婦というのは、まるっきり先生の縁の下（おかげ）の力（ちから）もち的な存在です。たとえば出生届けにしても全部先生の名前ですから助産婦という名目は全然出てこないわけです。（小幡昱子）私の管内の日赤では、全部助産婦です。（斎藤松枝）うちも医師です。

（小谷静恵）これは施設内で解決できる問題だと

思うんです。認識さえあらたまれば、結局法律で助産婦が書いちゃいけないということ、医師が書かなきゃいけないということにはなっていないんですもの、（笑声）当然助産婦は出生を扱ったら出生証明を書く責任を与えられているわけでしょう。ですからやった人が書けばいいわけなんだけれども、たまたま病院とか産院とかでいわゆるお医者様が第1人者で、私たちがけんそんな気持ちないではないもんだから（笑声）変な美徳みたいな感じですけども、お医者様が書くべきもののような格好をしてきましたけれども、あれはやっぱりあらためるべきでしょうね。（村岡八千代・1964・1）」

ところが現実には、戸籍法に出生証明を作成する者の優先順位が明示されているために、助産婦と医師の両方が立ち合う場合、助産婦は出生証明書を書くことができないのである。即ち戸籍法第49条に、複数の者が立ち合った場合に「医師、助産婦、その他の者の順序に従ってそのうち1人が」作成すると規定されている。従って助産婦がこの業務を行なえるのは、医師のいない場合に限定されるのである。

医師との関係を整理する上で、最後に次の点を見逃してはならないだろう。助産婦が医師からの期待を重視しすぎる傾向がないだろうかという点である。

助産婦がチームの中で働く以上、共働者である医師が看護婦や准看護婦と比較して助産婦に期待する役割を無視することはできない。けれども問題なのは、医師の役割期待が施設の事情に合わせて助産婦にも合意されたものでなく、医師からの一方的なものである場合が多いことである。たとえば新生児への看護にしても看護婦よりも助産婦に大きな期待をかける医師もいれば、逆に助産婦よりも看護婦の方が良いと評価する医師もいる。産婦人科の診療所においては、助産婦の仕事が医師の仕事とあまりかわらないので助産婦がいなくても、医師とその手助けをする看護婦が必要で

あるという意見さえある。

そして助産婦が、このような医師からの期待にふりまわされる場面もおきているといえよう。つまり医師からの様々な期待のいずれにも助産婦は対処するべきであるという考え方で、時には自分たちの意志よりも医師の期待を優先させることさえみられる。いずれにしろ、かえって助産婦としての役割を見失い、業務分担の混乱を一層助長することにもなるのである。

当然のことだが、医師と助産婦の業務分担の混乱を解決していくには、医師1人1人と助産婦1人1人が対等の立場に立って合意を形成していくことが、最低限の条件である。

2 「助産婦の職種設定」の意味

長々と雑誌上での議論を引用し、整理してきたが、当初の問題意識に戻り、「助産婦職種設定」と「適正要員算定一定員化」という言葉の潜めている意味とこれをめぐる議論の特徴をさぐろう。

2-1 「職種設定」とは何か

「はじめに」で我々は「職種設定」「適正要員算定一定員化」という言葉を仮に定義したが、1章の整理に基づいて、これをできるだけ詳しく吟味しよう。

まず、職種設定が問題にされるのは、次のような状況の下であった。戦後、看護制度がGHQの指導によって改革され¹²⁾、他方で分娩が自宅や助産所中心だったのが、急激に病院や産院に移っていった時期であった。場所は病院、診療所と一部の産院など、助産婦と他職種とが、共に常勤している施設である。逆に助産婦が中心になって看護婦、准看護婦をリードし、必要な場合に医師の援助を要請するという形の助産所、自宅分娩への出張、一部の産院ではこのことは問題にされていないようだ。

助産婦の「職種設定」「定員化」を提唱している人々は、ほとんど助産婦とそれに賛同する産科

医師だけである。それも助産婦という職種のおか
れている現状、している業務内容に憤満や焦燥あ
るいは危機感をいだき、助産婦の将来を憂慮して
いる人々である。

「職種設定」することの目標は2つの意味に整
理できる。主流なのは、助産婦をめぐるいろい
ろな問題の原因が職種が設定されていないことに帰
せられており、この原因をとりのぞくということ。
もう1つは、助産婦の地位や威信の低下に歯ドメ
をかけ、まきかえす時の象徴といういみである。

そして職種の区別を、看護婦との間で強調して
おり、産科医との間でも問題になることがある。
看護婦とは、業務や責任は異なるのに報酬等がそ
れに見合っていないとして、職種のちがいとして
新たに打ち出そうとする。産科医師とは、すでに
職種の区別が明らかであるが、業務分担をより実
質的に明らかにしようとする。これらの他に新し
く准助産婦、あるいは産科看護婦とよばれる人々
との区別も問題になりはじめているだろう。

何をもって職種区別とみなすかの結論は、あま
りはっきりしていない。たとえば制服など外見上
で区別することについては、職種設定を主張して
いる助産婦の間でも賛否がわかれる。また業務
内容の分担は、その施設の種類によって異なる
のが実情であり、これを無視した一律の区別はむ
しろ、不都合が生ずることがある。ここでは、職
種区別のしかたとして言われていることを列挙し
ておこう。――看護婦との職種区別については、給
与の格づけ、辞令、定員、業務基準、制服制帽、
名札、権限の範囲（とくに、分娩に際して）教育
年限と内容、などの違いが言われている。医師と
の職種区別については、業務上の分担のきめ方が
焦点となっている。つまり正常分娩の介助、妊産
婦の診察、保健指導、などが助産婦の業務であると。

一方、実際に職種設定をすすめていくとなると、
助産婦自身の中のためらいが意外に強いなどの困
難も見落せない。職種としての業務区分を打ちだ
すことが、施設の種類によって、又、医師からの

期待がさまざまであることによって一律にはでき
ない。また、何をもって職種を区別するのかの結
論が、助産婦の中でさえでない。さらに助産
婦の内部で業務についての理念が合意されていな
い――たとえば、チームのリーダーの役割を担うの
か、それともチーム全員が助産婦であるべきなの
か。これらは職種設定実現への現実的な計画をた
てる上で大きなマイナス要因となっているだろう。

また、保健婦、助産婦、看護婦をあわせた看
護職として患者・住民に望まれる看護を考えると
いう立場から、臨床や現場には、職種をあまり弁
別しない方がスムーズであるという認識がある。
あるいは将来ビジョンとして、総合看護の理念が
かかげられている。こういう理念と助産婦の「職
種設定」の主張が時によっては二律背反するとい
う問題も解決できていない。

ところで、ここまでの議論のなかでは、「職種
設定」と「適正要員算定――定員化」の2つのこ
とばを一連の概念としてとり扱ってきたが「職種
設定」の方がより広い意味でつかわれ、より多く
の問題と関連して用いられている。そして「適正
要員算定――定員化」は、なかでも要員数とかマ
ンパワーを論ずるときにかぎって、問題にされて
いるようだ。ただし、この場合も、はっきりした
ことばで表現されずに「職種設定」という一語の
中に、「適正要員算定」といういみまで含めてつ
かうことが多い。

以上をまとめると今の段階での「職種設定」を
次のように定義できる。

「助産婦の『職種設定』とは戦後、助産婦が、
産科医師や看護婦と常と一緒に働く場面が急速に
普及するのに伴って現われ、他職種との区別を助
産婦の定員設定も含む何らかの形で顕然かにする
ことによって、当面しているさまざまな困難な状
況を打開し、あるいは低下しつつある助産婦の地
位や威信をまきかえそうという助産婦同士の合図
又は、象徴としてのことばである。『助産婦の職
種設定』を現実に移すには、不確かな要素が極め

て多く、困難が予想される。」

また、助産婦の「職種設定」についてはその議論のすすめ方の上でもはっきりした特徴がみられ、この言葉のかくれた意義が次のようにより一層鮮明に浮びあがってくる。

2-2 現状打開のための手段

第1の特徴は、意外な程「職種設定」あるいは「適正要員算定」を実行することについての議論が見当たらないことである。現実的、具体的な手段や必要な手続、そのことのもたらす影響、あるいは理念的に意義や問題を追求する議論などはまずない。あるのは、「職種設定」および「適正要員が設定」されていないからこんな現状になってしまっているということと、この裏がえしの、現状を改善するために「職種設定」し「適正要員算定」しなければならないということである。

つまり「職種設定」と「適正要員算定」ということばは、そのこと自体が究極の目標というより、何かそれ以外の現実の諸問題を解決するためのかなり有効な手段、あるいは方法とみなす方がふさわしい。

ただし、助産婦の「職種設定」「適正要員算定」のこのような意味が成りたつには、この2つが問題解決に直結する有効な手段であることが論理的に、又、実際上の問題として確かめられることが必要である。いいかえると、「現在この2つのことが実現していないためにさまざまな問題がおこっている」と本当に言いきれぬのかどうかである。

1章の議論の中では、この因果関係がすでに自明のこととして扱われ、あらためて検証されないままに、実に多様な問題が「職種設定」に結びつけて語られていた。しかしなかには直接の因果関係といえるかどうかはなほ疑問な内容も少なくない。たとえば「保健指導や分娩介助をさせてもらえない」とか「助産婦というしごとの魅力がない」という現在おこっている問題が、では助産婦の職種設定によってすぐに解決するかとい

えば、事はそう単純ではないことは一目瞭然である。これらの問題と看護チームの中での助産婦人数の多少との因果関係も直接的にはつけ難い。むしろ現在必要なのは、ぜひとも解決を要する現実の問題自体に目を向け、その改善にむけて手を尽す中の1つとして「職種設定」が有効なことが明らかなる場合に限ってこれを主張することである。

2-3 問題想起のきっかけ

職種設定をめぐる議論の第2の特徴は、どうも議論がどうどうめぐりになりがちなことである。

「現在、助産婦という職種がみとめられていないので魅力のない職場になってしまう。この改善のために職種を設定してもらうには、助産婦がよく働いてPRしなければならないが、この反対に職種が設定されれば一生懸命働こうと思う」というのは、典型的である。

この特徴が生じてくる事情はこうである。「職種設定」「適正要員算定」がきっかけとなって現実にあるさまざまな問題が想起され、問題どおしの相互関連もおぼろげにうかびあがり始める。しかし次々に議論の焦点がうつっていき、1つ1つの問題について結論をだしたり合意を形成することにはつながらない。しかもいづつかの問題が整合的であったり矛盾しあったり、どのように相互に関連し合っているかということもあいまいなままに、問題がなかなか収れんしてこない。

そこで逆に、この2つのことばを次のように読みかえていくことによって、新たな意義が現われてくる。つまり助産婦の現状について問題意識をもち考えていこうとする人々に、事はそう単純でなく、助産婦の周囲に実に様々な問題が複雑にからみあって山積していることを気づかせるきっかけとなりうるという意義である。

そしてその次に、それでは助産婦をめぐる問題状況そのものが一体どうなっているのかを見極めることが課題となる。ここでは第1章の整理の中で明らかになった主な要因の相互関連の大まかな

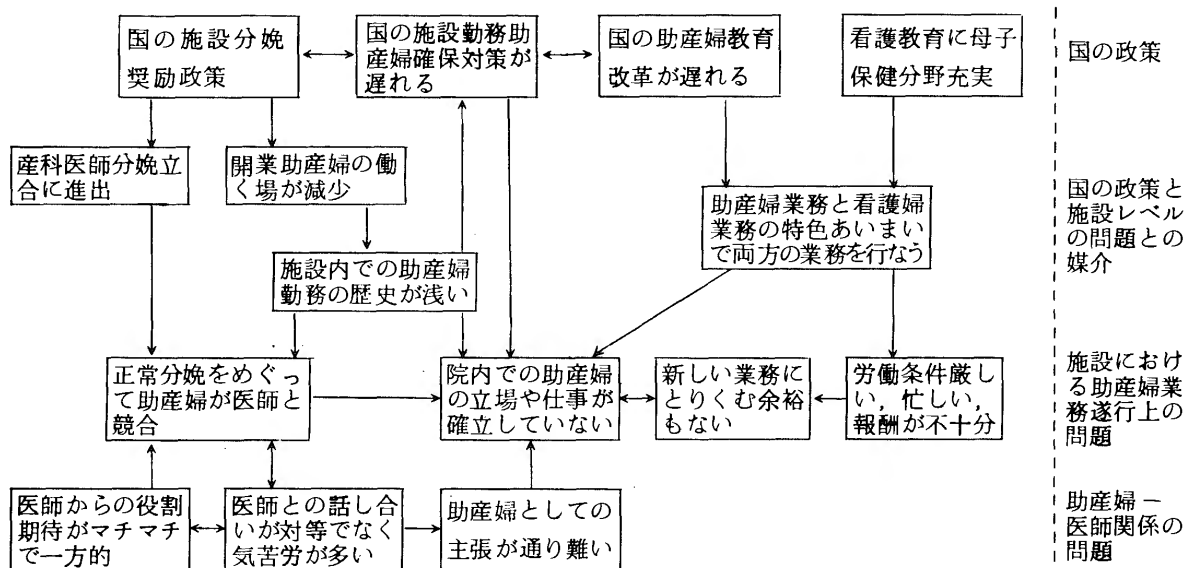


図4 施設勤務助産婦をとりまく諸問題の関連

- 〔 〕内の要因1つ1つをみれば、それ自体は何ら問題ではないものもある。
すなわち、矢印のような関連が生じることによって、問題が形成されてしまうといえよう。
○図のような状況にあって助産婦は、一方で現状改革の意欲を失ってあきらめに陥り、一方で職種設定を強硬に主張しようとする。

見取図を示して、問題解明の一助としたい(図4)。

注

- 1) 「保健婦助産婦看護婦法」第5条、第30～31条、第37～42条
- 2) 「医療法施行規則」第19条四
- 3) 「基準看護、基準給食及び基準寝具の承認に関する取扱いについて」厚生省保険局医療課長通達の別紙等にこのことがみられる。
- 4) 「助産婦(日本助産婦会雑誌)」, 日本助産婦会出版部発行, 1947年創刊
- 5) 「助産婦雑誌」医学書院発行, 1947年創刊
- 6) 「日本看護協会通常総会要綱」1970年度より1978年度を参照した。
- 7) 「助産婦雑誌」1964年1月号より抜粋。以下の引用については本文中に、発言者又は著者名並びに所属、発行年、月を記す。
- 8) 「産科病棟実態調査」日本看護協会調査研究部実施。尚この報告書は「日本看護協会調査研究報告<No.9>」に集録の予定
- 9) 「母子衛生対策要綱」に関する記述は次の文献を参考にした。
「母子保健概論」松本清一 P.59～60 文光堂 1973.6
「母子保健ノートⅠ」小林隆, 勝島喜美監修, P.36～37, 日本看護協会出版会 1972.3
- 10) 助産婦学校数に関する記述は次の文献に基づく。
前述「母子保健ノートⅠ」P.60
「看護関係統計資料」厚生省医務局看護課
- 11) 厚生省「助産婦問題検討会」の成果及び設置までのいきさつは次の文献に詳しい。
「助産婦の現況と増強対策」森山豊, 産婦人科の世界, 30巻2号
- 12) 戦後のGHQの指導による看護制度、教育の改革については、前述「母子衛生ノートⅠ」の母子保健概論を参照されたい。

おわりに

助産婦が、当の助産婦に対して「助産婦の職種設定——定員確保」をやっきになって主張するという、考えてみるとおかしい状態が戦後ずっと続いてきたわけである。しかしその背景にはあえてそう言わざるをえない、社会的、歴史的状況が厳然と存在していたことも事実である。そこでもう「職種設定」ということばをはなれて、そこから浮かび上がってきた実にさまざまな問題の関連の中で真の問題が一体どこにあるのかを解明し、解決への糸口をつけていくことこそ、重要である。

問題を解明するには今後、助産婦がかかえている問題自体に目を向けた議論を、現場で働く助産婦、看護婦等の間でも、助産婦学校等でも巻き起こすことが必要であろう。そして明らかになった真の問題を現実解決していくには、助産婦自らが失敗を恐れない大胆な行動に移すことが切実に待たれる。

そこで私たちも次の機会には、産科棟での妊娠褥婦と看護職との関わり合いの中で実際に生じている具体的な問題を、研究テーマにしていきたいと考えている。

SUMMARY

Problems Surrounding Function of Midwife in Maternity Ward (PART I)

KIMIKO YASUHARA

Could the definition of midwife's job description be a key to solution of the problem?

From 1960 to the early 1970's, the midwives employed in hospitals strongly asserted that there should be well-defined job description and just allocation of midwives in the hospital midwifery and maternity services. The rationalization for this claim was, however, not necessarily clear to even to midwives themselves. The purpose of the current study has been therefore to explore the backgrounds of their position, including the social and historical backgrounds, through the review of their opinions as presented in the articles which appeared in the journals widely read by the hospital midwives in general. The following controversial problems have been identified as the result of the above study.

1. Midwives were usually expected to perform both nursing and midwifery services and were kept very busy without receiving due recognition of their services and due remuneration equivalent to the responsibility they were assuming. Reform of the midwifery education was in fact six years behind that of the nursing education.
2. The midwives were extremely in short of supply as compared to the demand for service, but this fact had long been overlooked and the government did not take any measures

to secure more midwives until 1974.

3. Before the World War II, the midwives were usually practicing independently and they gained high social status. The midwives today have long-cherished desire to work in a place where they can practice midwifery service independently.

4. There is no clear division of function and responsibility between the obstetrician and the midwife with regard to the normal pregnancy.

In short, the background that led the midwives to feel the need of definition of their job-description could be summed up as follows. As it became more common for the mothers to deliver their babies at hospitals and other institutions, the midwives have confronted many situations which made them recognize the need to define the unique function of midwifery which ought to be different from that of the doctors and that of the nurses. They believe that by doing so they could improve their conditions of work and restore their social status which used to be much higher when they had practiced independently.

Although it is assumed that the definition of the midwife's job-description may not be easily made and that it may not solve many problems that the midwives are now facing, because of there being so many uncertain variables surrounding this problem, it is significant that the subject has acted as

an stimulant for the midwives to consider their problem forwardly. It is essential above all that midwives become aware of their problems and be courageous enough to positively

act for their solution. They must have rationale to persuade others that the definition of their job-description is imperative for the effective solution of their problems.

医師と保健婦の活動と役割期待

— 地域保健をめぐる組織化の課題 —

目 次

I 調査の枠組みおよび調査対象地域の保険医療の 現状と調査対象者の特徴	42	佐藤 林 正*
II 医師と保健婦の役割期待関係	57	園 田 恭 一**
III 糖尿病患者および結核患者のケアにおける医師 と保健婦の協力関係	72	牧 野 忠 康**
IV 脳卒中後遺症患者のケアと医師—保健婦関係	89	宗 像 恒 次***
V (補章) 保健婦の業務に対する意識	102	牧 野 忠 康
要 約	110	

* 順天堂大学医学部公衆衛生学教室

** 東京大学医学部保健社会学教室

*** 国立精神衛生研究所

I 調査の枠組みおよび調査対象地域の保健医療の現状と調査対象者の特徴

佐藤 林 正

はじめに

疾病構造の変化により、慢性疾患の急増が指摘されており、疾病の予防や保健活動および罹病後の適切な治療や生活指導などが重要な課題として提起され、地域保健活動として展開されようとしている。地域保健活動をより住民各層に密着した形で有効に展開するためには、保健・医療機関をどのように体系化し、整備したらよいのかという課題の解明が必要であり、その場合、病院・診療所と地域社会や保健所、とりわけ医師と保健婦との有機的な協力関係をいかにして作り出していったらよいのかという事の検討が不可決となるであろう。だが、現実的にはこれら両者の協力関係は希薄であり、円滑なものに欠けているともいわれている。他方、一般的にいて社会関係や人間関係が安定化し、体系的・組織的な結びつきが生じる前提としては、双方の間で、相手の行為とそれに対する自己の期待との適合という役割——期待の関係が成りたつことが必要だとされている。

そこで、これらの問題を明らかにする一環として、本調査では、同一地域で医師および保健婦の双方に対して、それぞれの自からの活動と他の活動をめぐる役割期待についての調査を行ない、地域での保健医療活動の体系化への基盤をさぐることにした。

1. 調査方法

調査方法は、調査票を用いての質問紙面接調査法

によった。調査の実施にあたっては、スタッフおよび東京大学医学部保健学科の学生が直接に診療所・病院（医師の場合）および保健所や町役場・市役所（保健婦の場合）を訪問し、対象者に面接を行なった。調査実施時期は昭和52年3月から6月にかけてである。調査対象地域としては、都市部での医師・保健婦の関係をみるという観点から神奈川県横浜市旭区および西区を選定し、農村部では福島県伊達郡を選定した。ここで、都市部、農村部を調査対象地としたのは主に、次のような理由からである。まず1つには、都市部と農村部では医療従事者の人的資源の量や構成が異なり様々な職種間での機能分化に程度差がみられそれが医師・保健婦の役割期待に反映していると考えられたこと、第2には都市部と農村部では保健医療問題の表出やそれらへの対策・施策といった取組み方が異なっているのではないかと想定されたことなどによる。

調査対象者の選定にあたっては、医師の場合、対象地域の内科を標榜する開業医師を各医師会名簿から全員抽出して対象者とした。ただし福島県伊達郡の場合は内科を担当する病院勤務医をも対象とし、病院と診療所の差異も検討することにした。また、横浜市西区医師会および伊達郡医師会の役員会の諒解は得られたが、横浜市旭区医師会の諒解が得られなかったため、医師に限って旭区は対象から除外した。保健婦の場合は、対象地域で従事する国保健婦および保健所保健婦の全員を対象とし、県の衛生部

表 I-1 調査対象者数および回収率

		対 象 者 数	回 収 数	回 収 率	調 査 実 施 時 期
医 師	横 浜*	34 (3)	28 (2)	82.3 %	昭和52年 3 月
	福 島	54 (5)	41 (3)	75.9 %	" 52年 4 月
保 健 婦	横 浜	14	14	100.0 %	" 52年 6 月
	福 島	29	25	86.2 %	" 52年 6 月

* 旭区は含まれない。() 内女医数。

表 I - 2 調査不能理由

医 師		保 健 婦	
福 島	横 浜	福 島	
死 亡 1	死 亡 1	病気・けがで療養中 3	
調 査 拒 否 9	調 査 拒 否 5	産 休 1	
出 張 中 2			
急患の往診 1			

の諒解を得て調査した。

今回の調査の対象者数、回収できた数は、表 I - 1 に示すとおりであり、回収率は横浜の医師82.3%，福島医師75.9%，横浜の保健婦100%，福島の保健婦86.2%であった（表 I - 1）。調査不能の理由は表 I - 2 のとおりであった（表 I - 2）。

2. 調査内容

調査内容の概要は表 I - 3 に示すとおりである。（表 I - 3）まず、医師に対しては、基本的属性の項目（氏名、生年月、標榜科目、病床数、医療従事者数、卒業大学・年次、勤務経験、開業年数、医師会役員の経験、保健所で実施する集団検診などへの参加、保健所の嘱託医の経験など）のほかに、一般論として保健婦の業務や活動を医師がどのようにみているかという点から、保健婦との接触、保健婦

表 I - 3 調査内容の概要

医 師	保 健 婦
I 保健婦の業務や活動について	I 保健婦活動一般について
II 糖尿病患者の治療における医師と他の保健医療従事者とのかかわり	II 結核患者のケアに関する保健婦と他の保健医療従事者とのかかわり
III 脳卒中後遺症のある患者の治療活動における医師と他の保健医療従事者とのかかわり	III 脳卒中後遺症のある対象へのケアにおける保健婦と他の保健医療従事者とのかかわり
	IV 糖尿病のケアにおける保健婦と他の保健医療従事者とのかかわり
	V 保健婦活動に対する周囲の理解と保健婦の業務に対する意識

の活動によって仕事がやりやすくなったり、やりにくくなったりしたことの有無とその内容、また、医師と保健婦との仕事や業務の分担のあり方、保健婦活動への期待などについて）各論として、長期のケアを要する糖尿病患者の治療および脳卒中後遺症のある患者の治療にあたって、医師のみで十

分なのか、それとも他の保健医療従事者との協力が必要なのか、また必要とするならば、どのような職種とどのような協力関係が望ましいのかなどといった協力関係や役割分担について、現状とあり方の2側面から質問した。

他方、保健婦に対しても、基本的属性の項目（氏名、生年月、所属機関、一般学歴、専門学歴、勤務歴、受持人口、日常的に使用する機動力、所属課の構成など）のほかに、医師に行なった質問とはほぼ同一の項目を保健婦の側から質問した。さらに、従来の結核への取り組みでの実績を考慮して、結核に関する内容もつけ加えたが、その内容は、現在の結核への保健婦のかかわり方、結核のケアへの保健婦と他職種との役割分担の現状とあり方および、他の保健医療従事者との協力関係についてである。

なお、糖尿病、結核、脳卒中後遺症をとりあげた理由については、後述の各章を参照されたい。

また、保健婦に対しては、自分の仕事に対してどのような評価を持って保健婦業務を遂行しているか、さらには住民や医師からどのような評価を受けていると考えているか、などの保健婦の意識と生活に関する質問も合わせて行なった。

3. 調査地域の概要

対象地域となった福島県伊達郡は福島市に隣接し、福島市の東部に位置しており、北部は宮城県と県境をなし、伊達町、国見町、桑折町、保原町、雲山町、梁川町、月館町、飯野町、川俣町という9つの町からなる農村地域である（図 I - 1）。一方、横浜市は東京に隣接する政令都市であり（図 I - 2）、西区、旭区は商業地域・住宅地域として発達している。

図 I - 1 福島県伊達郡

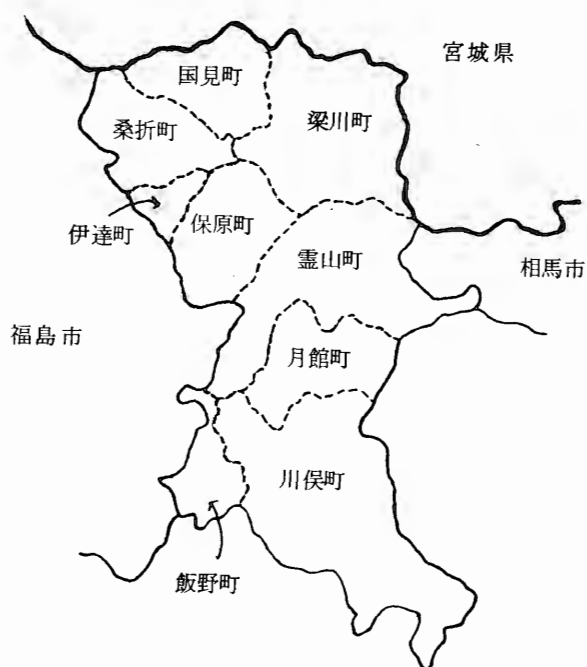
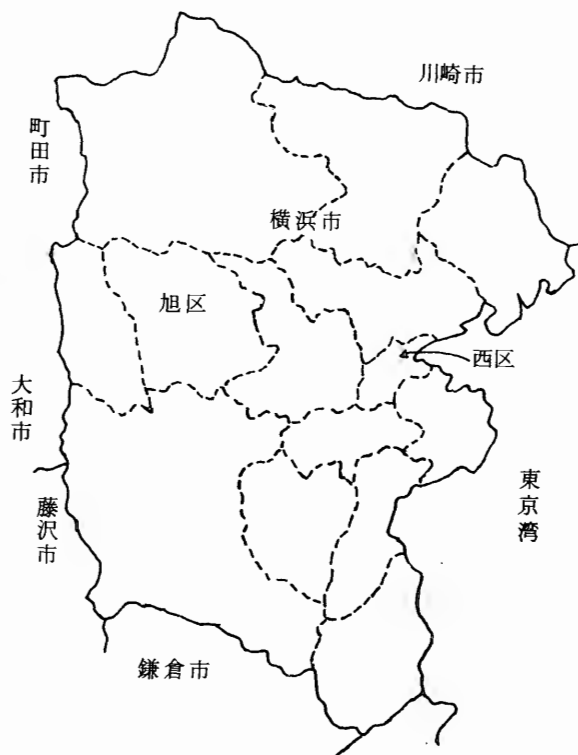


図 I - 2 横浜市（西区，旭区）



つぎに、保健医療に関連する項目の主なものをみていくことにしよう。

まず、人口の推移についてみると、表 I - 4 に示すように、福島の場合は、伊達町や保原町のようにやや増加しているところはあるものの、全体として

は昭和30年から50年まで減少し続けており、20年間で約1万8千人の減少がみられる。一方、横浜の場合は、最近5年間では増加が著しく（但し、西区では人口減少がみられるが、これは同地域が横浜駅をかかえた市の中心部であるため周辺部への人口流出

表 I - 4 人口の推移

		30 年	35 年	40 年	45 年	50 年
福 島	伊 達 町	8,354	8,335	8,825	9,450	9,773
	国 見 町	14,143	13,111	12,672	12,093	11,928
	桑 折 町	16,974	15,812	15,196	14,723	14,818
	保 原 町	21,516	21,339	21,554	22,133	22,856
	霊 山 町	15,753	14,627	13,525	12,519	11,855
	梁 川 町	25,953	24,688	24,122	23,653	22,869
	月 館 町	7,904	7,372	6,574	6,012	5,624
	飯 野 町	9,485	9,016	8,452	8,016	7,692
	川 俣 町	26,949	25,983	24,741	22,747	21,644
	小 計	147,031	140,283	135,661	131,346	129,059
横 浜	西 区	100,446	104,173	104,255	97,906	89,015
	旭 区	—	—	—	161,187	200,245
	小 計	—	—	—	259,093	289,260

資料：国勢調査報告による。

のためと思われる)両地域を比較すると農村部での人口減少,都市部での人口急増がみられる(表I-4)。さらに人口構成をみると,全人口に占める65才以上の老令人口の割合は,福島の対象地域7.8%,横浜の対象地域4.5%となっており,福島の方がより老令化がすすんでいる。

また,表I-5に示すように,死亡順位をみると,

全体的に福島においても横浜においても,第1位,脳血管疾患,第2位,悪性新生物,第3位,心疾患という順位は変わらないが,全死亡に対する構成比率には違いが認められる。特に,福島は横浜に比べて脳血管疾患による死亡が高率であり,伊達町を除いてどの町も30%以上の数値となっている(表I-5)。

表I-5 死 亡 順 位

		総 数	第 1 位	第 2 位	第 3 位	第 4 位	第 5 位
* 福 島	伊 達 町	72 (100.0)	脳血管疾患 20 (27.8)	悪性新生物 15 (20.8)	心 疾 患 12 (16.7)	糖 尿 病 4 (5.6)	自 殺 4 (5.6)
	国 見 町	96 (100.0)	脳血管疾患 43 (44.8)	悪性新生物 13 (13.5)	心 疾 患 11 (11.5)	肺炎・気管支炎 10 (10.4)	不慮の事故 5 (5.2)
	桑 折 町	115 (100.0)	脳血管疾患 36 (31.3)	悪性新生物 23 (20.0)	老 衰 12 (10.4)	心 疾 患 9 (7.8)	肺炎・気管支炎 8 (7.0)
	保 原 町	153 (100.0)	脳血管疾患 51 (33.3)	心 疾 患 24 (15.7)	悪性新生物 19 (12.4)	肺炎・気管支炎 10 (6.5)	不慮の事故 自 殺 各々6 (3.9)
	霊 山 町	126 (100.0)	脳血管疾患 39 (31.0)	心 疾 患 21 (16.7)	悪性新生物 10 (7.9)	老 衰 10 (7.9)	肺炎・気管支炎 不慮の事故 各々8 (6.3)
	梁 川 町	195 (100.0)	脳血管疾患 64 (32.8)	悪性新生物 31 (15.9)	心 疾 患 26 (13.3)	老 衰 9 (4.6)	肺炎・気管支炎 9 (4.6)
	月 館 町	57 (100.0)	脳血管疾患 20 (35.0)	肺炎・気管支炎 7 (12.3)	心 疾 患 6 (10.5)	悪性新生物 5 (8.8)	不慮の事故 3 (5.2)
	飯 野 町	82 (100.0)	脳血管疾患 28 (34.1)	老 衰 13 (15.9)	悪性新生物 9 (11.0)	心 疾 患 8 (9.8)	肺炎・気管支炎 不慮の事故 各々6 (7.3)
** 横 濱	川 俣 町	193 (100.0)	脳血管疾患 59 (30.6)	心 疾 患 38 (19.7)	悪性新生物 33 (17.1)	肺炎・気管支炎 14 (7.3)	高血圧性疾患 7 (3.6)
	西 区	676 (100.0)	脳血管疾患 186 (27.5)	悪性新生物 119 (17.6)	心 疾 患 99 (14.6)	肺炎・気管支炎 31 (4.6)	老 衰 26 (3.8)
	旭 区	614 (100.0)	悪性新生物 147 (23.9)	脳血管疾患 128 (20.8)	心 疾 患 66 (10.7)	不慮の事故 37 (6.0)	肺炎・気管支炎 29 (4.7)
福 島 県 全 体		15,035	脳血管疾患 4,787 (31.8)	悪性新生物 2,782 (18.5)	心 疾 患 1,939 (12.9)	不慮の事故 775 (5.2)	老 衰 739 (4.9)
横 浜 市 全 体		10,796	脳血管疾患 2,525 (23.4)	悪性新生物 2,221 (20.6)	心 疾 患 1,329 (12.9)	不慮の事故 609 (5.6)	肺炎・気管支炎 504 (4.7)

* 昭和50年度, ** 昭和48年度

医療機関数については、表Ⅰ－６に示した。一般診療所数は福島62施設、横浜162施設であるが人口10万対で見ると、それぞれ48.0、56.0となって全国平均の66.4（昭和49年）を両地域とも下まわっており、病院数についても同様のことが言える。

では、地域の概要の最後に、両地域で特記される主な保健医療活動についてふれたい。

表Ⅰ－６ 医療機関数（昭和49年度）
（病床数）

		一般診療所	病 院*
福 島	伊 達 町	6 (42)	
	国 見 町	6 (38)	1 (175)
	桑 折 町	7 (51)	
	保 原 町	10 (46)	3 (186)
	霊 山 町	5 (29)	
	梁 川 町	11 (87)	1 (90)
	月 館 町	3 (27)	
	飯 野 町	12 (18)	
島	川 俣 町	2 (43)	2 (220)
	小 計	62 (381)	7 (671)
	人口10万人対	48.0	5.4
横 浜	西 区	81 (68)	5 (385)
	旭 区	81 (229)	4 (320)
	小 計	162 (297)	9 (705)
	人口10万人対	56.0	3.1
	全国人口10万人対	66.4	7.5

* 全国を除き、集計には精神病院・結核療養所は含まない。
資料：厚生行政の概況福島県、昭和50年度。横浜市旭区、西区保健所資料より作表。

まず、福島であるが、国見町および桑折町では、保健婦と公立病院の医師・医事課長らが参加して、結核、慢性疾患、妊娠中毒症、未熟児や母子保健に関する勉強会が2ヶ月に1回程度実施され、管理の必要な患者などについて連絡をとりあっている。また、月館町では、乳児死亡率が高かったことから、昭和39年以来改善につとめ、保健協力員を設置し、以後、県の母子衛生モデル地区として重点的に対策を講じ乳児死亡率0を達成したなどの活動が目まぐるしく行われている。

一方、横浜では、西区老人医療データバンクの試

みや潜在栄養士を活用しての栄養教室などが特記されよう。前者の試みは、西区が横浜市の中でも最も人口老令化のすすんだ地域であり、地域住民による自治組織が強いなどの理由から、昭和45年にモデル地区に選ばれ、老人検診活動やねたきり老人対策などの老人健康管理活動が、西区医療センターを核として西区医師会、区役所、保健所によって体系的に行われているものである。後者は県の事業として、潜在栄養士を登録しておき、保健所を通じて栄養指導をしたり、開業医が栄養教室を開いたりするものである。

4. 対象者の特徴

4－1 医師について

(1) 対象者の年齢構成

対象者を10才階級別にみると、表Ⅰ－7のようになっている。最も多いのが50代29名（39.1％）である。ついで60代19名（27.5％）、40代16名（23.2％）となっていて、横浜、福島ともほぼ同様の構成である（表Ⅰ－7）。

(2) 診療科目

標榜科目をすべて答えてもらったところ、表Ⅰ－8のようになった。対象となる医師を内科を標榜するものとしたので、内科が多いのは当然であるが、69名のうち3名は現在内科を担当していなかった。しかし、内科の経験もあるので、これら3名も集計・分析に含めて考えることにした。福島では内科の他にも診療している医師が多く、平均2科を受け持っている。内科以外にあげた診療科目として多いのは小児科と外科（各29.3％）および産婦人科（17.1％）である。一方、横浜では、内科と小児科を兼ね持っている医師が多いのが特徴である（表Ⅰ－8）。また、病床規模別に、無床診療所、有床診療所、病院と分けてみると、表Ⅰ－9に示すとおり、有床診療所の医師が平均2.6種の診療科目を標榜しており、無床診療所の医師や病院の医師に比して内科以外にも様々な科を受持っていることがわかる（表Ⅰ－9）。

表 I - 7 対象者の年齢構成 (医師)

	30 ~ 39 才	40 ~ 49 才	50 ~ 59 才	60 ~ 69 才	70 才以上	計
福 島	0 (0.0)	11 (26.8)	16 (39.0)	11 (26.8)	3 (7.3)	41 (100.0)
横 浜	1 (3.6)	5 (17.9)	11 (39.3)	8 (28.6)	3 (10.7)	28 (100.0)
計	1 (1.4)	16 (23.2)	27 (39.1)	19 (27.5)	6 (8.7)	69 (100.0)

表 I - 8 診 療 科 目 (複数回答)

	内 科	小 児 科	産 婦 人 科	放 射 線 科	理 学 療 法 科	外 科	整 形 外 科	精 神 神 経 科	皮 フ 科	耳 鼻 咽 喉 科	そ の 他	計
福 島	39 (95.1)	12 (29.3)	7 (17.1)	1 (2.4)	1 (2.4)	12 (29.3)	2 (4.9)	1 (2.4)	1 (2.4)	2 (4.9)	6 (14.6)	84 (204.9)
横 浜	27 (96.4)	13 (46.4)	0 (0.0)	2 (7.1)	0 (0.0)	2 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (10.7)	1 (3.6)	5 (17.9)	53 (189.3)
計	66 (95.7)	25 (36.2)	7 (10.1)	3 (4.3)	1 (1.4)	14 (20.3)	2 (2.9)	1 (1.4)	4 (5.8)	3 (4.3)	11 (15.9)	137 (198.6)

表 I - 9 病床規模別診療科目 (複数回答)

	内 科	小 児 科	産 婦 人 科	放 射 線 科	理 学 療 法 科	外 科	整 形 外 科	精 神 神 経 科	皮 フ 科	耳 鼻 咽 喉 科	そ の 他	計
無床診療所	37 (97.4)	16 (42.1)	2 (5.3)	2 (5.3)	1 (2.6)	7 (18.4)	0 (0.0)	1 (2.6)	2 (5.3)	1 (2.6)	5 (13.2)	74 (194.7)
有床診療所	19 (100.0)	9 (47.4)	4 (21.1)	1 (5.3)	0 (0.0)	5 (26.3)	2 (10.5)	0 (0.0)	2 (10.5)	1 (5.3)	6 (31.6)	49 (257.9)
病 院	10 (83.3)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	14 (116.7)
計	66 (95.7)	25 (36.2)	7 (10.1)	3 (4.3)	1 (1.4)	14 (20.3)	2 (2.9)	1 (1.4)	4 (5.8)	3 (8.3)	11 (15.9)	137 (198.6)

年齢階級別にみた場合、年齢が高くなる程、複数の診療科を受持つ傾向がみられる (表 I - 10)。

(3) 病床数

対象者の医療施設の病床数を 0 床、1 ~ 19 床、20 床以上と 3 分類し、それをそれぞれ無床診療所、有床診療所、病院として示したのが、表 I - 11 である。福島では有床診療所の人が多く、17 名 (41.5 %) である。ついで無床診療所、病院がともに 12 名 (29.3 %) ずつである。それに対し、横浜の場合は、病院は全くなく、ほとんどが無床診療所 (26 名、92.9 %) であり、福島に比して病床規模は小さい (表 I - 11)。

また年齢階級別にみたのが表 I - 12 である。これによると、高年齢になる程無床診療所の割合がやや高くなるが、極だった特徴とはいえない (表 I - 12)。

では、つぎにこれらの医療施設に勤務している医療従事者数について、本人を除いた常勤医師数、看護婦 (士) 数、准看護婦数、看護助手・見習い看護婦数、栄養士数の面からみていくことにする。これら医療従事者の多寡は医療施設の人的規模を示すとともに、後に述べる医師や保健婦と他の専門職種との協力関係にも関与すると思われる。

表 I - 10 年令階級別診療科目

(複数回答)

	内 科	小 児 科	産 婦 人 科	放 射 線 科	理 学 療 法 科	外 科	整 形 外 科	精 神 神 経 科	皮 フ 科	耳 鼻 咽 喉 科	そ の 他	計
30～39才	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
40～49才	14 (87.5)	6 (37.5)	1 (6.3)	1 (6.3)	0 (0.0)	2 (12.5)	1 (6.3)	0 (0.0)	2 (12.5)	0 (0.0)	4 (25.0)	31 (193.8)
50～59才	27 (100.0)	8 (29.6)	2 (7.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (18.5)	1 (3.7)	0 (0.0)	1 (3.7)	1 (3.7)	5 (18.5)	50 (185.2)
60～69才	18 (94.7)	8 (42.1)	3 (15.8)	2 (10.5)	0 (0.0)	6 (31.6)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)	1 (5.3)	2 (10.5)	41 (215.8)
70才～	6 (100.0)	3 (50.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	14 (233.3)
計	66 (95.7)	25 (36.2)	7 (10.1)	3 (4.3)	1 (1.4)	14 (20.3)	2 (2.9)	1 (1.4)	4 (5.8)	3 (4.3)	11 (15.9)	137 (198.6)

表 I - 11 病 床 数

	無床診療所	有床診療所	病 院	計
福 島	12 (29.3)	17 (41.5)	12 (29.3)	41 (100.0)
横 浜	26 (92.9)	2 (7.1)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	38 (55.1)	19 (27.7)	12 (17.4)	69 (100.0)

表 I - 12 年令階級別病床数規模

	無床診療所	有床診療所	病 院	計
30～39才	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
40～49才	6 (37.5)	5 (31.3)	5 (31.3)	16 (100.0)
50～59才	15 (55.6)	7 (25.9)	5 (18.5)	27 (100.0)
60～69才	12 (63.2)	5 (26.3)	2 (10.5)	19 (100.0)
70才～	4 (66.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	6 (100.0)
計	38 (55.1)	19 (27.5)	12 (17.4)	69 (100.0)

(4) 医療従事者数(本人を除く他の医師数)

対象者本人1人だけで診療しているのは福島25(61.0%),横浜25(89.3%)であり,全体では72.5%となっており,本人以外にも医師常勤および(常勤および非常勤)がいるのは19名(27.5%)であるが,施設あたり複数の医師で診療している形態は福

島にやや多くみられる(表I-13)。しかし,福島の場合は病院の医師が12名含まれていることによる。この点を,診療所・病院別にみると表I-14のように,無床診療所・有床診療所は,本人を除く他の医師「なし」がそれぞれ92.1%,78.9%であり,「1人」がそれぞれ5.3%,15.8%,「2人」2.6%,5.3%となっており,ほとんどが他の医師をおかず医師1人でやっている(表I-14)。

(5) 看護婦数

対象者の医療施設に勤務する看護婦数についても横浜と福島では差がみられる。看護婦がいないところは横浜で53.6%と半数を越し,福島では41.5%と比較的少ない(表I-15)。しかしながら,福島の看護婦数が「3人」,「7人」,「70人」いるところがそれぞれ7.3%ずつあるが,これはすべて病院にいる看護婦なので,

これを除外してみると,福島と横浜ではほとんど差異はみられなくなる(表I-16)。

(6) 准看護婦数および看護婦助手・見習い看護婦数

地域別の准看護婦数の分布は表I-17のとおりである。

表 I - 13 本人を除く他の医師数

	なし	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人	6 人	21 人	計
福 島	25 (61.0)	3 (7.3)	3 (7.3)	1 (2.4)	3 (7.3)	0 (0.0)	3 (7.3)	3 (7.3)	41 (100.0)
横 浜	25 (89.3)	2 (7.1)	1 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	50 (72.5)	5 (7.2)	4 (5.8)	1 (1.4)	3 (4.3)	0 (0.0)	3 (4.3)	3 (4.3)	69 (100.0)

表 I - 14 診療所・病院別本人を除く他の医師数

	なし	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人	6 人	21 人	計
無床診療所	35 (92.1)	2 (5.3)	1 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	38 (100.0)
有床診療所	15 (78.9)	3 (15.8)	1 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (100.0)
病 院	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)	1 (8.3)	3 (25.0)	0 (0.0)	3 (25.0)	3 (25.0)	12 (100.0)
計	50 (72.5)	5 (7.2)	4 (5.8)	1 (1.4)	3 (4.3)	0 (0.0)	3 (4.3)	3 (4.3)	69 (100.0)

表 I - 15 看 護 婦 数

	なし	1 人	2 人	3 人	4 人	7 人	70 人	計
福 島	17 (41.5)	4 (9.8)	1 (2.4)	3 (7.3)	0 (0.0)	3 (7.3)	3 (7.3)	41 (100.0)
横 浜	15 (53.6)	8 (28.6)	3 (10.7)	1 (3.6)	1 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	32 (46.4)	22 (31.9)	4 (5.8)	4 (5.8)	1 (1.4)	3 (4.3)	3 (4.3)	69 (100.0)

表 I - 16 病院・診療所別看護婦数

	なし	1 人	2 人	3 人	4 人	7 人	70 人	計
無床診療所	23 (60.5)	11 (28.9)	3 (7.9)	0 (0.0)	1 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	38 (100.0)
有床診療所	8 (42.1)	9 (47.4)	1 (5.3)	1 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (100.0)
病 院	1 (8.3)	2 (16.7)	0 (0.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	3 (25.0)	3 (25.0)	12 (100.0)
計	32 (46.4)	22 (31.9)	4 (5.8)	4 (5.8)	1 (1.4)	3 (4.3)	3 (4.3)	69 (100.0)

表 I - 17 准 看 護 婦 数

	なし	1 人	2 人	3 人	4 人	5~10人	11~20人	21~40人	41人以上	計
福 島	12 (29.3)	6 (14.6)	3 (7.3)	4 (9.8)	5 (12.2)	0 (0.0)	6 (14.6)	0 (0.0)	5 (12.2)	41 (100.0)
横 浜	23 (82.1)	2 (7.1)	2 (7.1)	1 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	35 (50.7)	8 (11.6)	5 (7.2)	5 (7.2)	5 (7.2)	0 (0.0)	6 (8.6)	0 (0.0)	5 (7.2)	69 (100.0)

全体では准看護婦のいないところが半数であるが、福島29.3％、横浜82.1％となっており、福島の方がより准看護婦と共働していることが示唆される（表Ⅰ-17）。また、看護助手・見習い看護婦についてもいないところは福島41.5％、横浜78.6％となっており、横浜は准看護婦同様、看護助手・見習い看護婦をおいているところは少ない（表Ⅰ-18）。なお、福島で准看護婦や看護助手・見習い看護婦が比較的多くいるのは、対象的に病院の医師が含まれていることによるとと思われる。

(7) 栄養士数

栄養士のいるのは福島に多くみられるが、これらはすべて病院に所属する栄養士である（表Ⅰ-19）。横浜の場合は、1ヶ所に3人の栄養士がいることが認められるが、他には1人もいない。こうしたことから、病院を除けば、福島でも横浜でも開業医のところには栄養士はほとんどいないと考えられ、したがって一般の開業医にとって糖尿病などのケアにあたっては自院の栄養士の協力は考えられない状況にあると言えよう。

(8) 開業年数

さて、今回調査対象となった医師の開業年数については表Ⅰ-20に示したとおりである。最も多いの

が21～30年の17名（24.6％）、次いで31～40年、12名（17.4％）、6～10年、11～20年が各々11名ずつ（15.9％）である（表Ⅰ-20）。またこの開業年数については横浜と福島では、ほとんど差異はみられない。また、現在地での開業年数についてみてもほとんど同様である（表Ⅰ-21）。さらに年令階級別に開業年数をみると当然ながら、年令の多いほど開業年数も長い（表Ⅰ-22、表Ⅰ-23）。

(9) 勤務年数・勤務先

勤務経験は福島の2名を除いてすべての医師にみられ、最も長い人で21年以上というのが5名（7.2％）みられる（表Ⅰ-24）。しかし、最も多いのが1～5年23名（33.3％）、ついで11～15年20名（29.0％）といったところで開業年数に比して短い。その勤務先も7割以上が病院であり、保健所に勤務したことのある人は、ほんのわずかである（表Ⅰ-25）。

(10) 医師会会員年数

対象者が現在所属している区または郡医師会の会員になって何年になるかをみたのが表Ⅰ-26である。開業年数とはほぼ同様の傾向を持ち、最も多いのが21～30年20名（29.0％）であり、ついで11～20年14名（20.3％）となっている（表Ⅰ-26）。また、対象者の所属する区または郡医師会での役員の経験は、(但

表Ⅰ-18 看護助手・見習い看護婦数

	なし	1人	2人	3人	4人	5人	6人以上	計
福島	17 (41.5)	7 (17.1)	5 (12.2)	2 (4.9)	1 (2.4)	4 (9.8)	5 (12.2)	41 (100.0)
横浜	22 (78.6)	2 (7.1)	2 (7.1)	0 (0.0)	2 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	39 (56.5)	9 (13.0)	7 (10.1)	2 (2.9)	3 (4.3)	4 (5.8)	5 (7.2)	69 (100.0)

表Ⅰ-19 栄養士数

	なし	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	計
福島	28 (68.3)	1 (2.4)	7 (17.1)	3 (7.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.9)	41 (100.0)
横浜	27 (96.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	55 (79.7)	1 (1.4)	7 (10.1)	4 (5.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.9)	69 (100.0)

表 I - 20 開 業 年 数

	開業経験 なし	1～5年	6～10年	11～20年	21～30年	31～40年	41年以上	計
福 島	8 (19.5)	3 (7.3)	7 (17.1)	6 (14.6)	10 (24.4)	7 (17.1)	0 (0.0)	41 (100.0)
横 浜	1 (3.6)	5 (17.9)	4 (14.3)	5 (17.9)	7 (25.0)	5 (17.9)	1 (3.6)	28 (100.0)
計	9 (13.0)	8 (11.6)	11 (15.9)	11 (15.9)	17 (24.6)	12 (17.4)	1 (1.4)	69 (100.0)

表 I - 21 現在地での開業年数

	開業経験 なし	1～5年	6～10年	11～20年	21～30年	31～40年	41年以上	計
福 島	8 (19.5)	3 (7.3)	7 (17.1)	6 (14.6)	11 (26.8)	6 (14.6)	0 (0.0)	41 (100.0)
横 浜	1 (3.6)	5 (17.9)	4 (14.3)	5 (17.9)	10 (35.7)	3 (10.7)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	9 (13.0)	8 (11.6)	11 (15.9)	11 (15.9)	21 (30.4)	9 (13.0)	0 (0.0)	69 (100.0)

表 I - 22 年令階級別開業年数

	開業経験 なし	1～5年	6～10年	11～20年	21～30年	31～40年	41年以上	計
30～39才	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
40～49才	4 (25.0)	4 (25.0)	5 (31.3)	2 (12.5)	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (100.0)
50～59才	3 (11.1)	2 (7.4)	5 (18.5)	9 (33.3)	8 (29.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	27 (100.0)
60～69才	2 (10.5)	1 (5.3)	1 (5.3)	0 (0.0)	6 (31.6)	9 (47.4)	0 (0.0)	19 (100.0)
70才以上	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	3 (50.0)	1 (16.7)	6 (100.0)
計	9 (13.0)	8 (11.6)	11 (15.9)	11 (15.9)	17 (24.6)	12 (17.4)	1 (1.4)	69 (100.0)

し、理事以上)、表 I-27 のように、福島でのべ11名(26.8%)、横浜でのべ16名(57.1%)と横浜の方が何らかの理事を経験したことのある医師が多かった。役員経験者27名のうち1/3は会長や副会長であり、公衆衛生理事の経験を持つ者は横浜の1人だけであった(表 I-27)。また、役員の経験者は高年令者に多い(表 I-28)。

(11) 保健所で実施する集団検診などへの参加の状況および嘱託医の経験

保健所で実施する、乳児検診、3才児健診、妊産婦検診、予防接種、その他、への参加をみると、最も参加しているのは、予防接種の42名(60.9%)で、

これは福島、横浜とも変わりはない(表 I-29)。ついで福島の場合は、成人病検診51.2%、乳児検診46.3%、3才児健診43.9%という順であり、横浜の場合は、3才児健診42.9%、乳児検診39.3%、成人病検診28.6%という順である。妊産婦検診への参加が非常に少ないが、今回の調査対象者が内科の医師であったため当然と思われる。また全体でみると、福島では平均2.3回様々な検診等に参加しており、横浜の平均1.9回よりは多く、この相違は都市部と農村部といったものに関係するのかもしれない。さらに年令階級別にみると表 I-30 のように、いずれの検診においても高年令になる程参加しているという

事実がみられる（表Ⅰ-30）。

福島ともに少なく、11名（15.9％）しかなかった。

つぎに、保健所の嘱託医としての経験は、横浜・（表Ⅰ-31）。

表Ⅰ-23 年令階級別現在地での開業年数

	開業経験なし	1～5年	6～10年	11～20年	21～30年	31～40年	計
30～39才	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
40～49才	5 (31.3)	3 (18.8)	5 (31.3)	2 (12.5)	1 (6.3)	0 (0.0)	16 (100.0)
50～59才	3 (11.1)	3 (11.1)	5 (18.5)	8 (29.6)	8 (29.6)	0 (0.0)	27 (100.0)
60～69才	1 (5.3)	1 (5.3)	1 (5.3)	1 (5.3)	8 (42.1)	7 (36.8)	19 (100.0)
70才以上	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (66.7)	2 (33.3)	6 (100.0)
計	9 (13.0)	8 (11.6)	11 (15.9)	11 (15.9)	21 (30.4)	9 (13.0)	69 (100.0)

表Ⅰ-24 勤務年数

	勤務経験なし	1年未満	1～5年	6～10年	11～15年	16～20年	21年以上	計
福島	2 (4.9)	1 (2.4)	14 (34.1)	4 (9.8)	15 (36.6)	3 (7.3)	2 (4.9)	41 (100.0)
横浜	0 (0.0)	2 (7.1)	9 (32.1)	7 (25.0)	5 (17.9)	2 (7.1)	3 (10.7)	28 (100.0)
計	2 (2.9)	3 (4.3)	23 (33.3)	11 (15.9)	20 (29.0)	5 (7.2)	5 (7.2)	69 (100.0)

表Ⅰ-25 勤務先

	勤務経験なし	病院	保健所	病院・保健所	その他	計
福島	2 (4.9)	31 (75.6)	1 (2.4)	1 (2.4)	6 (14.6)	41 (100.0)
横浜	0 (0.0)	19 (67.9)	1 (3.6)	1 (21.4)	7 (10.1)	28 (100.0)
計	2 (2.9)	50 (72.5)	2 (2.9)	2 (2.9)	13 (18.8)	69 (100.0)

表Ⅰ-26 現在所属の区または郡医師会会員年数

	1～5年	6～10年	11～20年	21～30年	31～40年	41年以上	計
福島	5 (12.2)	9 (22.0)	9 (22.0)	12 (29.3)	6 (14.6)	0 (0.0)	41 (100.0)
横浜	7 (25.0)	3 (10.7)	5 (17.9)	8 (28.6)	4 (14.3)	1 (3.6)	28 (100.0)
計	12 (17.4)	12 (17.4)	14 (20.3)	20 (29.0)	10 (14.5)	1 (1.4)	69 (100.0)

表 I - 27 現在所属の区または郡医師会での役員（理事以上）の経験（複数回答）

	会長・副会長	公衆衛生理事	その他の理事	計
福島	3 (27.3)	0 (0.0)	8 (72.7)	11 (100.0)
横浜	6 (37.5)	1 (6.3)	9 (56.2)	16 (100.0)
計	9 (33.3)	1 (3.7)	17 (63.0)	27 (100.0)

表 I - 28 地区医師会役員（理事以上）の経験（複数回答）

	会長・副会長	公衆衛生理事	その他の理事	計
30～39才	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
40～49才	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
50～59才	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (100.0)	8 (100.0)
60～69才	6 (50.0)	1 (8.3)	5 (41.7)	12 (100.0)
70才以上	3 (50.0)	0 (0.0)	3 (50.0)	6 (100.0)
計	9 (33.3)	1 (3.7)	17 (63.0)	27 (100.0)

表 I - 29 保健所で実施する集団検診などへの参加の状況（複数回答）

	乳児検診	3才児健診	妊産婦検診	成人病検診	予防接種	その他	計
福島	19 (46.3)	18 (43.9)	6 (14.6)	21 (51.2)	25 (61.0)	6 (14.6)	95 (231.7)
横浜	11 (39.3)	12 (42.9)	0 (0.0)	8 (28.6)	17 (60.7)	5 (17.9)	53 (189.3)
計	30 (43.5)	30 (43.5)	6 (8.7)	29 (42.0)	42 (60.9)	11 (15.9)	148 (214.5)

表 I - 30 保健所で実施する集団検診などへの参加の状況（複数回答）

	乳児検診	3才児健診	妊産婦検診	成人病検診	予防接種	その他	計
30～39才	0 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
40～49才	6 (37.5)	4 (25.0)	1 (6.3)	6 (37.5)	7 (43.8)	5 (6.3)	25 (156.3)
50～59才	11 (40.7)	13 (48.1)	1 (3.7)	11 (40.7)	18 (66.7)	5 (18.5)	59 (218.5)
60～69才	8 (42.1)	9 (47.4)	3 (15.8)	9 (47.4)	12 (63.2)	4 (21.1)	45 (236.8)
70才以上	5 (83.3)	4 (66.7)	1 (16.7)	3 (50.0)	5 (83.3)	0 (0.0)	18 (300.0)
計	30 (43.5)	30 (43.5)	6 (8.7)	29 (42.0)	42 (60.9)	11 (15.9)	148 (214.5)

表 I - 31 保健所の嘱託医としての経験の有無

	経験あり	経験なし	計
福島	7 (17.1)	34 (82.9)	41 (100.0)
横浜	4 (14.3)	24 (85.7)	28 (100.0)
計	11 (15.9)	58 (84.1)	69 (100.0)

4-2 保健婦について

(1) 対象者の年齢構成

10才階級別の年齢構成は表 I - 32のとおりである。福島では50～59才が13名 (68.4 %) を占め、逆に横浜では49才以下が11名 (78.6 %) となっており特に30代が50.0 % を占めているように福島と横浜では保健婦の年齢構成に大きな違いがある (表 I - 32)。

(2) 学 歴

まず、対象者の一般学歴については表 I - 33に示すように、全体でみると、高等小学校卒が多いが、地域別の対象では、横浜の場合、「高校卒」が57.1 % と半数以上であり、福島の町村保健婦が「高等小

学校卒」47.4 % , 「高等女学校卒」21.1 % , あるいは福島の保健所保健婦が「高等小学校卒」66.7 % と比較すると明らかに新教育と旧教育を受けた差がみられる (表 I - 33)。この傾向は、専門学歴においてもみられる。すなわち、新教育制度下での「保健婦学院卒」が福島では1人もいないのに対し、横浜では42.9 % の保健婦が保健婦学院を出ている (表 I - 34)。しかしながら、全体的にみたときに、3割は新教育制度での教育を受けているのに対し、7割は、保健婦養成所あるいは保健婦検定などの旧教育制度による教育を受けており、特にその割合は、横浜よりも福島において顕著である。

(3) 保健婦としての経験年数

表 I - 35によれば、保健婦としての経験年数が5年以下や、31年以上という例は対象者の場合それぞれ7.7 % と少ない。最も多いのが21年～30年の経験を持つ保健婦で約4割に達する。また、福島の町村保健婦では比較的経験年数の短い者から31年以上という経歴の人までばらついているが、横浜および福

表 I - 32 対象者の年齢 (保健婦)

	20～29才	30～39才	40～49才	50～59才	60才以上	計
福島町*	3 (15.8)	0 (0.0)	3 (15.8)	13 (68.4)	0 (0.0)	19 (100.0)
福島保健所**	0 (0.0)	2 (33.3)	1 (16.7)	3 (50.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横浜	0 (0.0)	7 (50.0)	4 (28.6)	2 (14.3)	1 (7.1)	14 (100.0)
計	3 (7.7)	9 (23.1)	8 (20.5)	18 (46.2)	1 (2.6)	39 (100.0)

* 町：ここでは伊達郡の9町の国保保健婦をさす (以下同様)。

** 保健所：ここでは保原保健所および福島保健所のうち伊達郡管轄の保健所保健婦をさす (以下同様)。

表 I - 33 対象者の一般学歴

	中学校	高校	尋常小学校	高等小学校	高等女学校	専門学校	大学	計
福島町	2 (10.5)	2 (10.5)	1 (5.3)	9 (47.4)	4 (21.1)	0 (0.0)	1 (5.3)	19 (100.0)
福島保健所	0 (0.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	4 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横浜	1 (7.1)	8 (57.1)	0 (0.0)	3 (21.4)	1 (7.1)	1 (7.1)	0 (0.0)	14 (100.0)
計	3 (7.7)	12 (30.8)	1 (2.6)	16 (41.0)	5 (12.8)	1 (2.6)	1 (2.6)	39 (100.0)

島の保健所保健婦は6～10年、21～30年の2群にはば分かれる（表Ⅰ－35）。

(4) 現在の職場での勤続年数

勤務年数は福島と横浜では明らかに差がみられる。すなわち、福島の町村保健婦は、21～30年47.4％、16～20年15.8％、11～15年15.8％と勤続年数の長い人が多いが、横浜では11年以上同一の職場に勤務している保健婦は皆無で、多くは6～10年のキャリアである（表Ⅰ－36）。これは横浜では保健婦の職場移動がみられるのに対し、福島ではなかなか移動が行なわれていない現実を反映しているものと思われるが、今後はこうした長期勤続者の保健医療へのかか

わり方についての評価も考慮されるべきであろう。

(5) 保健婦の受持ち人口

表Ⅰ－37に示すように、保健婦1人あたりの受持ち人口は、福島の町村保健婦は約9割が1万人以下であるのに対し、横浜では、1～2万人、2万人以上というのが各々4割ずつとなっている。また福島の保健所保健婦は6名すべてが1万人以上の人口を受持っている（表Ⅰ－37）。しかし、これは農村部と都市部の人口の違いとか、担当する区域の面積の多少、あるいは交通機関の発達や交通手段の有無などと関係しているの、保健婦にかかる負担について受持ち人口の多い少いから言及はできない。

表Ⅰ－34 対象者の専門学歴

		新 教 育 制 度		旧 教 育 制 度			計
		保 健 婦 学 院	専門学院の保健婦助産婦科	保健婦養成所	専 門 学 校	保 健 婦 検 定	
福 島	町	0 (0.0)	3 (15.8)	7 (36.8)	0 (0.0)	9 (47.4)	19 (100.0)
	保健所	0 (0.0)	2 (33.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	3 (50.0)	6 (100.0)
横 浜		6 (42.9)	1 (7.1)	4 (28.6)	1 (7.1)	2 (14.3)	14 (100.0)
計		6 (15.4)	6 (15.4)	12 (30.8)	1 (2.6)	14 (35.9)	39 (100.0)

表Ⅰ－35 保健婦としての経験年数

		1年未満	2～5年	6～10年	11～15年	16～20年	21～30年	31年以上	計
福 島	町	1 (5.3)	2 (10.5)	0 (0.0)	2 (10.5)	4 (21.1)	8 (42.1)	2 (10.5)	19 (100.0)
	保健所	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (50.0)	1 (16.7)	6 (100.0)
横 浜		0 (0.0)	0 (0.0)	5 (35.7)	3 (21.4)	1 (7.1)	5 (35.7)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		1 (2.6)	2 (5.1)	7 (17.9)	5 (12.8)	5 (12.8)	16 (41.0)	3 (7.7)	39 (100.0)

表 I - 36 現在の職場での勤続年数（保健婦）

		1 年未満	2 ～ 5 年	6 ～ 10 年	11 ～ 15 年	16 ～ 20 年	21 ～ 30 年	計
福 島	町	1 (5.3)	2 (10.5)	1 (5.3)	3 (15.8)	3 (15.8)	9 (47.4)	19 (100.0)
	保健所	0 (0.0)	1 (16.7)	2 (33.3)	1 (16.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜		0 (0.0)	4 (28.6)	10 (71.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		1 (2.6)	7 (17.9)	13 (33.3)	4 (10.3)	5 (12.8)	9 (23.1)	39 (100.0)

表 I - 37 保健婦 1 人あたりの受持ち人口

		3,000人未満	3,000～ 5,000 人	5,000～ 1万人	1万～2万人	2 万人以上	計
福 島	町	3 (15.8)	6 (31.6)	8 (42.1)	1 (5.3)	1 (5.3)	19 (100.0)
	保健所	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	4 (66.7)	6 (100.0)
横 浜		0 (0.0)	0 (0.0)	2 (14.3)	6 (42.9)	6 (42.9)	14 (100.0)
計		3 (7.7)	6 (15.4)	10 (25.6)	9 (23.1)	11 (28.2)	39 (100.0)

Ⅱ 医師と保健婦の役割期待関係

園 田 恭 一

はじめに

本節では、医師と保健婦との役割期待関係を、医師と保健婦の双方に尋ねてみた結果を述べていきたい。

その主な質問項目は、医師に対しては、保健婦との接触の有無、保健婦の活動や言動などにより医師の仕事がやりやすくなった点とやりにくくなった点、医師の考える保健婦活動の分野、医師と保健婦との仕事や業務分担のあり方、保健婦の存在や活動への期待の有無、保健婦に関する医師のイメージなどである。

また、保健婦に対しては、現在および今後の保健婦活動の重点や分野、医師の活動や言動などにより保健婦の仕事がやりやすくなったこと、やりにくくなったことの有無、医師と保健婦との仕事や業務の分担のあり方、医師と保健婦との仕事や活動の重複や競合の有無、保健婦の独自の活動や仕事の分野、開業医師の活動のなかで評価している点、不満な点などである。

以下、順を追って、また医師と保健婦の双方に同一質問を行った項目は両者を関連づけてみていくこととしたい。

1 保健婦との接触の場 ― 医師の調査より

医師には、まず始めに、「先生は、これまでに予防接種や母親学級や患者に関する相談や連絡などで、保健婦と接触したことがありますか」と質問してみた。その結果は、表Ⅱ－1のように、「ある」とするものが9割を越えた（91.3%）。地区別

表Ⅱ－1 保健婦と接触したことがあるか（医師）

	あ る	な い	計
福 島	39 (95.1)	2 (4.9)	41 (100.0)
横 浜	24 (85.7)	4 (14.3)	28 (100.0)
計	63 (91.3)	6 (8.7)	69 (100.0)

では、福島＝95.1%，横浜＝85.7%と若干福島の方で高くなっている（表Ⅱ－1）。なおこの質問に関しては、医師の年令階層別では、ほとんど差異はみられなかった。

次に、前問で「ある」と答えたものに、「それはどのような要件や問題で接触されましたか」と尋ねたところでは（表Ⅱ－2）、福島では「保健所や市町村が行なう予防接種や検診など」が圧倒的に多く39人中36人で92.3%にまで達し、第2位は、「保健婦からの患者に関する相談や連絡など」で、それは半数弱の18人＝46.2%となっている。

これに対して横浜では、「予防接種や検診」と「保健婦からの相談・連絡」は同率の62.5%（24人中15人）で、この他「医師からの患者に関しての保健婦への連絡など」も9人＝37.5%みられた。このように、横浜では、医師と保健婦との間での患者に関しての連絡、とりわけ保健婦から医師へのそれが、比較的多くなされていることがうかがえる。（この項は複数回答）。

以上のように、今日における医師と保健婦との接触の場面は、予防接種や各種の検診の場で、というのが8割で第1位であるが、保健指導や生活指導を通してというのは2割以下であり、むしろ、保健婦からの患者に関する連絡が5割強、医師からのそれが3割程度となって、保健指導や生活指導でのそれを上廻るという結果となっている。

次に、問1で保健婦と接触したことが「ない」と答えたものに、「保健婦と接触がなかったのはどのような理由からでしょうか」と尋ねたところでは、福島では「保健婦はいろいろ患者宅を訪問しているようだが、何も医師には連絡がない」という類いの回答が2人、横浜では、「保健婦と接触する必要性は認めるが、その機会がなかったから」「保健婦の業務がよくわからなかったから」「保健婦と接触する必要性を認めなかったから」が各1人ずつ、その他、「私のところにくる患者

は保健婦に相談する必要はないものばかり」と答えたものが1人、という結果となった。

表Ⅱ-2 どのような要件や問題で保健婦と接触したか (複数回答)
(医 師)

	保健所や市町村が行なう予防接種や検診など	母親学級その他の保健指導・生活指導など	保健婦からの患者に関する相談や連絡など	医師からの患者に関しての保健婦への連絡など	その他	DK・NA	計
福 島	36 (92.3)	6 (15.4)	18 (46.2)	10 (25.6)	8 (20.5)		39 (197.4)
横 浜	15 (62.5)	6 (25.0)	15 (62.5)	9 (37.5)	6 (25.0)		24 (216.7)
計	51 (81.0)	12 (19.0)	33 (52.4)	19 (30.2)	14 (22.2)		63 (204.8)

2 保健婦活動の重点 — 保健婦の調査より

次には保健婦に対して、「まず、保健婦活動一般についてお尋ねします。あなたは、現在保健婦としての活動や仕事のうち、どのような分野に重点をおいて活動していますか」と尋ねた結果(複数回答)からみていくこととしよう。

そこで得られた回答は表Ⅱ-3のようになって、まず福島の町村保健婦では、「成人」=84.2%、「母子」=57.9%、福島の保健所保健婦では「母子」=83.3%、「結核」=16.7%、また、横浜の保健所保健婦では、「老人」=71.4%、「成人」=64.3%、「母子」=42.9%となって重点活動として挙げられたものには三者三様の違いがみられたのが目についた。他方、「結核」に重点

としたものは、福島の町村保健婦では皆無で、福島および横浜の保健所保健婦でも1人ずつにとどまったということも時代の変化を感じさせられる結果となった。

この保健婦活動の重点は、ということに関連して、「それは、あなたご自身の判断からですか、それとも、保健所や市町村の方針によってですか」と問うてみたところでは(表Ⅱ-4)、第1位を占めたのは、福島の町村保健婦では、「自分自身の判断」=52.6%、福島の保健所保健婦では、「保健所・市町村の方針」=83.3%、横浜では、「自分自身の判断と保健所・市町村の方針の両方」=71.4%と、これまた三者で差異がみられるという結果となった。

表Ⅱ-3 どのような分野に重点をおいて活動しているか (複数回答)
(保 健 婦)

		母 子	結 核	成 人	精 神	伝染病	性 病	老 人	その他	計
福 島	町	11 (57.9)	0 (0.0)	16 (84.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (15.8)	2 (10.5)	19 (168.4)
	保 健 所	5 (83.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜		6 (42.9)	1 (7.1)	9 (64.3)	1 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (71.4)	4 (28.6)	14 (221.4)
計		22 (56.1)	2 (5.1)	25 (64.1)	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (33.3)	6 (15.4)	39 (176.8)

次には、「あなたは、これから先の保健婦としての活動や仕事のうち、どのような分野や方向に重点をおいて活動したいとお考えですか」と質問してみた（表Ⅱ－５）。その結果、比較的多く挙げられたものとしては、福島町の町村保健婦では、「成人」＝89.5%、「母子」＝36.8%、福島の保健所保健婦では、「成人」＝50.0%、横浜の保

健所保健婦では、「母子」＝71.4%、「成人」＝57.1%、「老人」＝42.9%となって、いずれも「成人」あるいは「母子」が上位を占め、この辺が保健婦自身が今後の保健婦活動の重点だとしているということが分かった。

表Ⅱ－４ それは自分自身の判断か、保健所や市町村の方針か
(保健婦)

		自分自身の判断	保健所・市町村の方針	両方	その他	計
福島	町	10 (52.6)	3 (15.8)	3 (15.8)	3 (15.8)	19 (100.0)
	保健所	0 (0.0)	5 (83.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	6 (100.0)
横浜		1 (7.1)	3 (21.4)	10 (71.4)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		11 (28.2)	11 (28.2)	14 (35.9)	3 (7.7)	39 (100.0)

表Ⅱ－５ これから先どの分野や方向に重点をおいて活動したいか（複数回答）
(保健婦)

		母子	結核	成人	精神	伝染病	性病	老人	その他	計
福島	町	7 (36.8)	0 (0.0)	17 (89.5)	1 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	1 (5.3)	19 (142.2)
	保健所	1 (16.7)	1 (16.7)	3 (50.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	6 (116.8)
横浜		10 (71.4)	0 (0.0)	8 (57.1)	1 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (42.9)	2 (14.3)	14 (192.8)
計		18 (46.2)	1 (2.6)	28 (71.8)	3 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (17.9)	4 (10.3)	39 (156.5)

3 保健婦活動の分野 ― 医師と保健婦

ここで、医師と保健婦の双方に、「保健婦の活動や仕事の分野としては、このうちではどれが重要であるとお考えですか。順序をつけてお答え下さい」として、「1.診療や健康診断の医師の補助（たとえば、予防注射、投薬、諸検査など）。2.在宅の病人や障害者の世話および介助の指導（た

たとえば、訪問看護や家庭訪問指導など）。3.健康人に対する保健指導や生活指導（たとえば、衛生教育や地域組織育成活動など）」の三つを選択肢のリストとして示して並べてもらった。その結果は医師と保健婦とで、また、それぞれに福島と横浜とで、かなり特徴のある差異がみられた。

すなわち医師では（表Ⅱ－６）、福島、横浜と

も、「健康人に対する指導」「在宅の病人の世話」「医師の補助」という順序をつけたものが最も多く、（福島＝31.7％，横浜＝25.0％），「在宅の病人の世話」「健康人に対する指導」「医師の補助」と並べたのが、それをやや下廻って第2位となった。（福島＝29.3％，横浜＝21.4％）。

これらに対して、「在宅の病人の世話」「医師の補助」「健康人に対する指導」，あるいは「健康人に対する指導」「医師の補助」「在宅の病人の世話」というように，医師の補助という活動を第2番目に重要だとしたものは，合わせると，福島では20.8％，横浜では39.3％となっている。さらには，「医師の補助」「健康人に対する指導」「在宅の病人の世話」，あるいは，「医師の補助」「在宅の病人の世話」「健康人に対する指導」という，医師の補助を第1位とする順序づけをしたものも，福島，横浜とも1割前後みられた。

他方，保健婦に，保健婦自身が考えている「保健婦の活動や仕事の分野としては」ということで尋ねたところでは（表Ⅱ－7），「医師の補助」「健康人に対する指導」「在宅の病人の世話」とか，「医師の補助」「在宅の病人の世話」「健康

人に対する指導」というように，医師の補助を第1位にあげたものは，福島の町村保健婦，福島の保健所保健婦，横浜の保健所保健婦のいずれにおいても皆無であり，また，医師の補助を第2位にあげた回答も，福島の町村保健婦で15.8％，横浜で7.1％，福島保健所保健婦＝0％という数にすぎなかった。

このように，保健婦自身は医師の補助というのは保健婦の役割ではないということでは一致しているが，他方，保健婦活動として第1に重要だと判断しているものは，福島と横浜とでははっきりと異なっており，福島の町村保健婦および保健所保健婦では，「健康人に対する指導」「在宅の病人の世話」「医師の補助」という順序をつけたものが，おのおの68.4％と100.0％で圧倒的多数であるのに対し，横浜では，「在宅の病人の世話」「健康人に対する指導」「医師の補助」という順位をつけたものが，71.5％と顕著に高くなっている。このように，在宅の病人の世話を中心に考えるか，健康人の指導を主たる対象と考えるかということで，保健婦自身の考えも大きく分かれているといえよう。

表Ⅱ－6 先生は，保健婦の活動や仕事の分野としては，このうちではどれが重要であるとお考えですか。順序をつけてお答え下さい。また，これらの他にも重要だと思われるものがありましたら具体的にお答え下さい。

- | | |
|---|--|
| 1. 診療や健康診断の際の医師の補助
（たとえば，予防注射，投薬，諸検査など） | 3. 健康人に対する保健指導や生活指導
（たとえば衛生教育や地域組織育成活動など） |
| 2. 在宅の病人や障害者の世話および介助の指導
（たとえば，訪問看護や家庭訪問指導など） | 4. その他〔具体的に記入〕 |
| (医師) | 5. DK・NA |

	1. 2. 3.	1. 3. 2	2. 1. 3	2. 3. 1	3. 1. 2.	3. 2. 1	その他	計
福 島	2 (4.9)	2 (4.9)	6 (14.6)	12 (29.3)	5 (12.2)	13 (31.7)	1 (2.4)	41 (100.0)
横 浜	1 (3.6)	2 (7.1)	6 (21.4)	6 (21.4)	5 (17.9)	7 (25.0)	1 (3.6)	28 (100.0)
計	3 (4.3)	4 (5.8)	12 (17.4)	18 (26.1)	10 (14.5)	20 (29.0)	2 (2.9)	69 (100.0)

表Ⅱ－７ あなたは、保健婦の活動や仕事の分野としては、このうちでは、どれが重要であるとお考えですか。順序をつけてお答え下さい。
また、これらの他にも重要だと思われるものがありましたら、具体的にお答え下さい。

- | | |
|---|---|
| 1. 診療や健康診断の際の医師の補助
(たとえば、予防注射、投薬、諸検査など) | 3. 健康人に対する保健指導や生活指導
(たとえば、衛生教育や地域組織育成活動など) |
| 2. 在宅の病人や障害者の世話および介助の指導
(たとえば、訪問看護や家庭訪問指導など) | 4. その他〔具体的に記入〕 |
| | 5. DK・NA |

		1. 2. 3	1. 3. 2	2. 1. 3	2. 3. 1	3. 1. 2	3. 2. 1	その他	計
福島	町	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	1 (5.3)	2 (10.5)	13 (68.4)	2 (10.5)	19 (100.0)
	保健所	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (10.0)	0 (0.0)	6 (10.0)
横浜		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (71.5)	1 (7.1)	2 (14.3)	1 (7.1)	14 (100.0)
計		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.6)	11 (28.2)	3 (7.7)	21 (53.8)	3 (7.7)	39 (100.0)

4 相手の言動でやりやすくなったことは— 医師と保健婦

次には、医師および保健婦に、相手の活動や言動などにより、自身の仕事がやりやすくなったり、助けられたりしたと感じられたことがあるかと尋ねてみた。その結果は、まず医師の方は、「ある」—福島＝51.2％、横浜＝67.9％、「ない」—福島＝48.8％、横浜＝32.1％となって、やりやすくなったとしたのは、福島で半分強、横浜では3分の2強ということとなった。(表Ⅱ－8)。

やりやすくなったり助けられたりしたことがあると回答したものにその内容を具体的に話してもらったところでは、福島では「患者の情報を伝えてくれる」＝4人、「患者を紹介してくれた」＝4人、「予防接種のアシスタント(消毒など)」＝3人、「継続受診をすすめる」＝3人、「医師に代って患者を説得してくれた」＝1人、「脳卒中患者の看護を依頼した」＝1人、「医師がわからないような患者を発見した」＝1人、「患者の家庭の背景のことで教わる」＝1人、というよう

に、在宅や非受診患者の情報提供や、予防接種のアシスタント、というものが多かった。また、横浜では、「ねたきり老人の訪問活動」＝6人、「生活指導、食事指導をしてくれる」＝6人など慢性疾患患者に関するものが多く、次いで、「予防接種のアシスタント」＝2人、「検診時の説明役」＝1人、という類いや、「患者の情報を伝えてくれる」＝2人、「訪問指導、家庭看護の指導」＝2人、などが挙げられた。

他方、保健婦の方では、「医師の活動や言動などによって保健婦の仕事がやりやすくなったり、助けられたりした」ことが「ある」としたのは、福島の町村保健婦＝68.4％、福島の保健所保健婦＝100.0％、横浜＝85.7％と、いずれもかなり高率となった。(表Ⅱ－9)。

その具体的な内容としては、福島の町村保健婦では、「患者の連絡をしてくれる、情報をくれる」＝7人、「指導・助言をしてくれる、医学的知識を説明してくれる」＝4人、「指示がもらえる」＝1人、「予防注射、妊産婦検診に協力してくれ

る」＝1人。となっており、また、福島県の保健所保健婦も、「患者の連絡をしてくれる」＝3人、「ケースへのアドバイスがもらえる」＝2人、「指導、助言をしてくれる」＝1人、「ケースの管理を継続して行なってくれる」＝1人、など、福島県では、医師の活動や言動などによって保健婦の仕事がやりやすくなったりしたこととしては、患者の連絡をしてくれる、指導、助言をしてくれる、指示がもらえる、ことなどに集中している。

この点に関して横浜の保健婦からは、「患者の連絡をしてくれる」＝2人、「指示がもらえる」＝2人、「協力してくれる」＝2人、「依頼すると往診してくれる」＝2人、「医学的なことを教えてくれる」＝1人、「保健婦の出番をつくってくれる」＝1人、など、内容的にはほぼ福島県と共通する意見が出された。

表Ⅱ－8 先生は、これまで、保健婦の活動や言動などによって、先生のお仕事
がやりやすくなったり助けられたり
したとお感じになられたことがあり
ましたか。

(医 師)

	あ る	な い	計
福 島	21 (51.2)	20 (48.8)	41 (100.0)
横 浜	19 (67.9)	9 (32.1)	28 (100.0)
計	40 (58.0)	29 (42.0)	69 (100.0)

表Ⅱ－9 あなたは、これまでに、医師の活動や言動などによって、保健婦の仕事がやりやすくなったり、助けられたりしたとお感じになったことがありますか。

(保健婦)

	あ る	な い	DK・NA	計
福 町	13 (68.4)	6 (31.6)	0 (0.0)	19 (100.0)
島 保健所	6 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜	12 (85.7)	1 (7.1)	1 (7.1)	14 (100.0)
計	31 (79.5)	7 (17.9)	1 (2.6)	39 (100.0)

5 相手の言動でやりにくくなったことは—

医師と保健婦

次には、それでは逆に、医師および保健婦が、相手の活動や言動などによって、それぞれの仕事
がやりにくくなったり、障害になったりしたと感じたことはないのかと尋ねてみた。

その結果は、まず医師では、福島で34.1%，横浜では10.7%のものが、やりにくくなったり、障害になったりしたと感じたことが「ある」と答えた(表Ⅱ－10)。その具体的な内容は、福島では「医師と異なる指示を保健婦が行なう」＝3人、「地域の人に患者のうわさをしたりする」＝3人、「患者に転医をすすめたりする」＝3人、「まちがった血圧を教える」＝2人、「大げさな余計な知識を入れる」＝1人、「突然おしかけてこられる」＝1人、「患者連絡会を患者集めでないかという」＝1人、などで、また横浜の医師からは、「保健婦独自で患者に勝手な指導をする」、「余計なことまで出しゃばりすぎてしゃべる。」「保健婦が誤まった指示をした」という声が1人ずつから出された。

表Ⅱ－10 では逆に、先生がこれまで、保健婦の活動や言動などによって、先生のお仕事
がやりにくくなったり、障害にな
ったりとお感じになられたことはあり
ましたか。

(医 師)

	あ る	な い	DK・NA	計
福 島	14 (34.1)	27 (65.9)	0 (0.0)	41 (100.0)
横 浜	3 (10.7)	24 (85.7)	1 (3.6)	28 (100.0)
計	17 (24.6)	51 (73.9)	1 (1.4)	69 (100.0)

この問題を同じく保健婦に「では逆に、あなたがこれまでに、医師の活動や言動などによって、保健婦の仕事がやりにくくなったり、障害になったりしたとお感じになったことがありますか」と問うたところでは、「ある」が福島県の町村保健婦

= 26.3 %, 福島県の保健所保健婦 = 66.7 %, 横浜の保健所保健婦 = 78.6 % となって, 福島県の町村保健婦を除くと 7 ~ 8 割のものがやりにくさや障害を感じており, 医師と比べるとかなり高率であることが分かった。(表Ⅱ-11)。

そこで出された具体的な発言としては, 福島県の町村保健婦では, 「連絡しても往診をしてくれない」= 2 人, 「医師と技術がちがうといわれた」= 1 人, 「医師より連絡をうけるケースが少い」= 1 人, 「生活の実態をみていない」= 1 人, 福島県の保健所保健婦からは「医師の代診をさせられる」, 「医師が誤ったことをいっても従わねばならない」, 「医師より連絡をうけるケースが少い」, 「連絡しても対応してくれない」, などが各 1 人ずつ, そして横浜の保健所保健婦からは, 「医師との指導のくいちがい」= 6 人の他, 「体位交換をしてしかられた」, 「動かしすぎは死につながる」といわれた」, 「ケースの背景を医者は知らない」, 「検診会場に誰がきているかを医者がみにくる」などが, おのおの 1 人ずつ出された。このように, 保健所の方では, 医師との指導や技術の違いから生ずる問題にとりわけやりにくさや障害を感じているということが示された。

表Ⅱ-11 では逆に, あなたがこれまでに, 医師の活動や言動などによって, 保健婦の仕事がやりにくくなったり, 障害になったりしたとお感じになったことがありますか。

(保健婦)

		あ る	な い	DK・NA	計
福 島	町	5 (26.3)	13 (68.4)	1 (5.3)	19 (100.0)
	保健所	4 (66.7)	2 (33.3)	— (0.0)	6 (100.0)
横 浜		11 (78.6)	3 (21.4)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		20 (51.3)	18 (46.2)	1 (2.6)	39 (100.0)

6 医師と保健婦の業務分担 — 医師と保健婦

次には, 医師と保健婦の双方に, 「医師と保健婦との仕事や業務の分担のあり方についての先生(あなた)のお考えをお尋ねします。以下の項目のうち, 1. 医師自身で行なう方が望ましいとお考えのものには「医師」, 2. 医師の指示のもとに保健婦が行なう方が望ましいとお考えのものには「医師の指示で保健婦」, 3. 保健婦独自の判断で行なうことが望ましいとお考えのものには「保健婦」, 4. 医師が行なっても保健婦が行なってもよいとお考えのものには「医師または保健婦」と分けてお答え下さい」として, 予防注射, 検診時における生活指導, 慢性疾患患者への生活指導, 患者や家族の心理的苦痛や不安の緩和, 家庭訪問をしての保健指導, 健康な生活のための保健教育の 6 項目をあげて, それぞれで答えてもらった。(表Ⅱ-12)。

以下 6 項目ごとにみていくとすると, まず<予防注射>では, 医師の方は医師自身の役割だと考えているものが約半数で, 残りは, 「医師の指示で保健婦」が 4 割弱, そして, 「保健婦独自」と「医師または保健婦」というのが合せて 1 割強となっているのに対して, 保健婦の側では, 「医師」の仕事だとするものが福島県の町村保健婦で 8 割 5 分, 福島県の保健所保健婦では 6 人全員, 横浜の保健所保健婦では 9 割強に達しており, 他方, それを「医師の指示で保健婦」とか「保健婦独自」だと考えているものは三グループとも皆無となっていて医師との間で大きな食い違いがみられる。

第 2 の, <検診時における生活指導>では医師と保健婦の双方の役割期待関係には大きなズレはない。すなわち, 医師, 保健婦とも, 「医師の指示で保健婦」あるいは「保健婦独自」の仕事だと考えているものが, それぞれ 7 ~ 8 割を占めている。これらの他では, 医師の側では「医師」自身と考えているのが 1 割 5 分程度となっているのに, 保健婦の方では「医師または保健婦」とするのが合計では 1 割 5 分となっている。

表Ⅱ-12 医師と保健婦との仕事や業務の分担のあり方について（医師、保健婦）

		医 師			保 健 婦			
		福 島	横 浜	計	福 島		横 浜	計
					町 村	保 健 婦		
予防注射	医 師	20(48.7)	15(53.6)	35(50.7)	16(84.2)	6(100.0)	13(92.9)	35(89.7)
	医師の指示で保健婦	16(39.0)	10(35.7)	26(37.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	保 健 婦	2(4.9)	2(7.1)	4(5.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	医師または保健婦	3(7.3)	1(3.6)	4(5.8)	1(5.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.6)
	そ の 他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(10.5)	0(0.0)	1(7.1)	3(7.7)
	DK・NA	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	計	41(100.0)	28(100.0)	69(100.0)	19(100.0)	6(100.0)	14(100.0)	39(100.0)
検診時における生活指導	医 師	7(17.1)	3(10.7)	10(14.5)	1(5.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.6)
	医師の指示で保健婦	19(46.3)	18(64.3)	37(53.6)	6(31.6)	4(66.7)	8(57.1)	18(46.2)
	保 健 婦	12(29.3)	5(17.9)	17(24.6)	8(42.1)	1(16.7)	4(28.6)	13(33.3)
	医師または保健婦	2(4.9)	1(3.6)	3(4.3)	4(21.1)	1(16.7)	1(7.1)	6(15.4)
	そ の 他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(7.1)	1(2.6)
	DK・NA	1(2.4)	1(3.6)	2(2.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	計	41(100.0)	28(100.0)	69(100.0)	19(100.0)	6(100.0)	14(100.0)	39(100.0)
慢性疾患患者への生活指導	医 師	7(17.1)	2(7.1)	9(13.0)	3(15.8)	0(0.0)	0(0.0)	3(7.7)
	医師の指示で保健婦	22(53.7)	17(67.9)	41(59.4)	11(57.9)	4(66.7)	10(71.4)	25(64.1)
	保 健 婦	11(26.8)	6(21.4)	17(24.6)	2(10.5)	1(16.7)	3(21.4)	6(15.4)
	医師または保健婦	1(2.4)	1(3.6)	2(2.9)	2(10.5)	1(16.7)	0(0.0)	3(7.7)
	そ の 他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.3)	0(0.0)	1(7.1)	2(5.1)
	DK・NA	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	計	41(100.0)	28(100.0)	69(100.0)	19(100.0)	6(100.0)	14(100.0)	39(100.0)
患者や家族の心理的苦痛や不安の緩和	医 師	12(29.2)	10(35.7)	22(31.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	医師の指示で保健婦	17(41.5)	10(35.7)	27(39.1)	3(15.8)	1(16.7)	0(0.0)	4(10.3)
	保 健 婦	11(26.8)	7(25.0)	18(26.1)	10(52.6)	2(33.3)	9(64.3)	21(53.8)
	医師または保健婦	1(2.4)	0(0.0)	1(1.4)	5(26.3)	3(50.0)	4(28.6)	12(30.8)
	そ の 他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.3)	0(0.0)	1(7.1)	2(5.1)
	DK・NA	0(0.0)	1(3.6)	1(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	計	41(100.0)	28(100.0)	69(100.0)	19(100.0)	6(100.0)	14(100.0)	39(100.0)
家庭訪問をとしての保健指導	医 師	1(2.4)	0(0.0)	1(1.4)	1(5.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.6)
	医師の指示で保健婦	6(14.6)	7(25.0)	13(18.8)	1(5.3)	3(50.0)	0(0.0)	4(10.3)
	保 健 婦	31(75.6)	20(71.4)	51(73.9)	17(89.5)	3(50.0)	12(85.7)	32(82.1)
	医師または保健婦	2(4.9)	0(0.0)	2(2.9)	0(0.0)	0(0.0)	1(7.1)	1(2.6)
	そ の 他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(7.1)	1(2.6)
	DK・NA	1(2.4)	1(3.6)	2(2.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	計	41(100.0)	28(100.0)	69(100.0)	19(100.0)	6(100.0)	14(100.0)	39(100.0)
健康な生活のための保健教育	医 師	3(7.3)	3(10.7)	6(8.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	医師の指示で保健婦	14(34.1)	11(39.3)	25(36.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	保 健 婦	18(43.9)	12(42.9)	30(43.5)	10(52.6)	6(100.0)	3(21.4)	19(48.7)
	医師または保健婦	5(12.2)	1(3.6)	6(8.7)	7(36.8)	0(0.0)	10(71.4)	17(43.6)
	そ の 他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(10.5)	0(0.0)	1(7.1)	3(7.7)
	DK・NA	1(2.4)	1(3.6)	2(2.9)	0(0.0)	6(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	計	41(100.0)	28(100.0)	69(100.0)	19(100.0)	(100.0)	14(100.0)	39(100.0)

第3の＜慢性疾患患者の生活指導＞の項目でも、医師、保健婦双方の一致度は極めて高い。すなわち、「医師の指示で保健婦」と考えているものが、医師、保健婦とも6割前後に達し、その他でも、「保健婦」としているのが医師で2割5分、保健婦で1割5分、また「医師」としているのが、医師の側で1割5分、保健婦の側は福島の町村保健婦では同じ割合となっている。

第4の＜患者や家族の心理的苦痛や不安の緩和＞の項目では、双方のズレは大きい。すなわち、医師の側では、「医師」自身が3割強、「医師の指示で保健婦」というのが4割弱で合せて7割にも達しているのに対し、保健婦の側では、「医師」だとするのは両地区とも皆無で、「医師の指示で保健婦」とするのも、福島の町村保健婦と保健所保健婦で1割5分ずつあるものの横浜ではこれもない。そして、保健婦たちとしては、この仕事は「保健婦独自」のものだとするのが半分強、そして「医師または保健婦」というのが3割というように、圧倒的に保健婦のものとしていて医師側の考えとは大きく食い違っている。

第5の＜家庭訪問をしての保健指導＞では双方の一致度は高い。たとえば、医師の側はこれは「保健婦」の仕事だとするのが7割強に及んでいるが、保健婦の側でも「保健婦」だとするのが8割を越えている。そしてこれに、「医師の指示で保健婦」という医師側の2割弱、保健婦側の1割強を合せて考えると、この家庭訪問をしての保健指導というのは保健婦の仕事だということで双方とも圧倒的に認めていることだといえよう。

第6の＜健康な生活のための保健教育＞の項目は、医師、保健婦でのズレが大きい。具体的には、保健婦の側では「医師」または「医師の指示で保健婦」としているのが両地区とも皆無であるのに対し、医師の側では、これを「医師」あるいは、「医師の指示で保健婦」としているのが合せて4割5分近くにも達しているというように、医師も1枚かんでいるという姿勢がかなり強くみられた

のである。

ここで以上の6項目をまとめてみると、＜検診時における生活指導＞は「医師の指示で保健婦」および「保健婦独自」ということで双方が8割方一致し、また＜慢性疾患患者の生活指導＞も双方6割前後が「医師の指示で保健婦」を選び、これに「保健婦独自」を加えると、これも両者とも8割程度の高率となる。そして、＜家庭訪問をしての保健指導＞というのも「保健婦独自」ということで7～8割の高率で双方が一致している。

他方、残りの3項目ではそれらの役割分担をめぐって医師と保健婦との食い違いは大きい。具体的には、＜予防注射＞では、保健婦側では9割近くと圧倒的に「医師」の役割だとしているのに対し、医師の側では「医師」とするのは5割程度で、「医師の指示で保健婦」および「保健婦独自」とするのが4割強と、双方でやや「押しつけあい」の様相を呈している。

また、＜患者や家族の心理的苦痛や不安の緩和＞および＜健康な生活のための保健教育＞の2項目では、医師と保健婦との双方の間で「役割の取り合い」のような様相もみられる。

7 保健婦の存在や活動を期待しているか――

医師の調査より

こんどは医師を対象に、「先生は、これからの保健・医療問題の解決にあたって、保健婦の存在や活動を期待していますか、それとも期待していませんか」と問うてみた。その結果は、福島、横浜とも7割5分以上のものが「期待している」と答え、「期待していない」としたのは1割5分程度にとどまった（表Ⅱ-13）。

そこで次には「期待している」としたものに、「先生は保健婦の役割や働きについて、どのようなをもっとも強く期待しますか、具体的にお話し下さい」と尋ねたところ、出された意見としては、まず福島からは、「地域の保健指導、生活指導」＝8人、「家庭訪問活動」＝6人、「ねた

表Ⅱ-13 先生は、これからの保健・医療問題の解決にあたって、保健婦の存在や活動を期待していますか。それとも期待していませんか。

(医 師)

	期待している	期待していない	どちらともいえない	その他	DK・NA	計
福 島	32 (78.0)	7 (17.1)	1 (2.4)	1 (2.4)	0 (0.0)	41 (100.0)
横 浜	21 (75.0)	4 (14.3)	1 (3.6)	2 (7.1)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	53 (76.8)	11 (15.9)	2 (2.9)	3 (4.3)	0 (0.0)	69 (100.0)

きり老人の生活指導」＝4人、「予防医学的なものを期待している」＝2人、「高血圧の指導、慢性疾患患者の指導」＝2人、「医師の考えを一般民衆に伝達する」＝2人、「患者発見、地域の疾病状況の把握」＝2人、「予防接種＝1人、乳幼児の指導」＝1人、「在宅の病人や障害者の世話介助の指導」＝1人、「勉強すれば相当の部分までまかなえる」＝1人、など極めて多彩なものがみられた。

また、横浜の医師からは、「医師の指示のもとでの保健指導」＝10人、「在宅患者の指導、訪問活動」＝3人、「生活指導」＝2人、「医師に病人の状態を報告する」＝1人、「ねたきり老人の訪問」＝1人、「在宅患者の介助」＝1人、「もっと保健婦を医師から独立させる」＝1人、など、これまた多くの声があげられた。このように、福島および横浜を通して、保健指導や生活指導という声が高いが、そのさい横浜からは、「医師の指示のもとでの」という形で出されていることが目につく点であるといえよう。

他方、前問で「期待していない」と答えたものに、「先生が保健婦の役割や働きを期待していないのはなぜですか。具体的にお話し下さい」と尋ねてみた。その結果は、福島の医師たちからは、「医師（会）主導でなければ解決できない」、「ロールは指導力がない、若い人は技術はあるが人間的にダメ」、「保健婦は医療面の知識が少なすぎる」、「数が少ない、事務屋になっている」、

「手を組んで仕事をするという状態ではない」など、また横浜の医師たちからは、「保健婦はある程度以上のことはできない」、「質が低く、数がたりない」、「数も少なく、患者訪問日数も少ない」、「保健婦は何か官僚的なところがある」などというように、両地区を通して、数や質の問題や、事務屋や官僚的になっている面などが指摘されたのである。

8 医師との競合、役割分担—保健婦の調査より

こんどは保健婦に、「あなたは、医師と保健婦とで、仕事や活動が重複したり、競合したりして、保健婦としての仕事やりにくかったとお感じになられたことがありますか」と質問した結果をみると、「ある」としたのは、福島の保健所保健婦の3人（＝50.0％を除くと、福島の町村保健婦、横浜の保健所保健婦とも1人ずつで、比較的少数にとどまった。

そこでの具体的な発言として聞かれたのは次のようなものであった。福島の保健所保健婦—「歯科の衛生教育を現在歯科医師がやっている」＝2人、「先生が結核ではないといって患者をかくす」＝1人。横浜の保健所保健婦—「指示をもらうにあたって、医者の方がよく分からなくてはやかったことがある」＝1人。（福島の町村保健婦の1人からは特に具体的な発言はなされなかった）。

次には同じく保健婦に、「あなたは、今後、医師の仕事や活動との関連において、これこそ保健

婦の独自の活動や仕事の分野だとお考えのものは何ですか。なるべく具体的にお答え下さい」と尋ね、自由回答方式で出されたものをまとめたところからみると、福島町の町村保健婦からは、「衛生教育、保健教育、保健指導」＝11人、「訪問看護、家庭看護、家庭訪問」＝3人、「生活面の援助、生活指導」＝2人、「地域組織活動」＝1人、など、福島の保健所保健婦からは、「衛生教育、保健教育、保健指導」＝3人、「訪問看護」＝1人、「健康人に対する保健指導」＝1人、そして横浜の保健所保健婦からは、「訪問しての保健指導」＝8人、「家庭看護」＝4人、「生活指導」＝1人、という結果となった。

このように保健婦自身としては、衛生教育や保健教育、とりわけ訪問しての保健指導および家庭看護の両面を、保健婦独自の活動や仕事の分野だとしていることが改めてうかがえた。

さらに、これも保健婦に「あなたは、保健婦と開業医とは、どのような役割分担や関係をとったらよいとお考えですか。なるべく具体的にお答え下さい」と自由回答方式で尋ねて、同じくあとからまとめた結果をみると、そこでは次のような発言がなされていた。福島の町村保健婦——「医師の指示で保健婦が指導」＝5人、「医師は治療、保健婦は生活指導」＝4人、「治療は医師、看護は保健婦」＝1人、「保健婦は医師と患者、家族のパイプ役」＝1人、「予防接種は医師に」＝1人。福島の保健所保健婦——「医師は治療、保健婦は生活指導」＝2人。「医師の指示で保健婦が指導」＝1人。「公衆衛生の分野は保健婦にまかせる」＝1人、など。横浜の保健所保健婦——「医師は診断や治療、保健婦は生活指導」＝6人、「退院した患者の継続看護を保健婦が行う」＝2人、「医師の指示で保健婦が生活指導」＝1人、など。

このように、一般的、抽象的な形での医師との役割分担はかなりまとまった形で出されているというものの、問題はやはり、その具体的、実際

的な理解や処理ということになるであろう。

表Ⅱ－14 あなたは、医師と保健婦とで、仕事や活動が重複したり、競合したりして、保健婦としての仕事がやりにくかったとお感じになられたことがありますか。

(保健婦)		あ る	な い	DK・NA	計
福 島	町 村	1 (5.3)	18 (94.7)	0 (0.0)	19 (100.0)
	保健所	3 (50.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜		1 (7.1)	13 (92.9)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		5 (12.8)	34 (87.2)	0 (0.0)	39 (100.0)

9 医師の保健婦観——医師の調査より

ここで、医師に、「保健婦に対して、先生が日頃お感じになっておられることをお尋ねします。以下に読み上げる文章に、「そう思う」、「そんなことはない」のどちらかでお答え下さい」という形で行った一連の「イメージ調査」の結果についてみておくこととしよう。

まず、「保健婦は、医師が期待する業務を遂行する能力を持っている」に対しては、「そう思う」——福島＝65.9%、横浜＝57.1%、「そんなことはない」——福島＝14.6%、横浜＝17.9%と、両地区とも、肯定するものが6割前後、否定するものが1割5分という結果となった。（表Ⅱ－15）

次に、「保健婦の受けている教育の程度は低い」に関しては、「そう思う」——福島＝51.2%、横浜＝53.6%、「そんなことはない」——福島＝24.4%、横浜＝25.0%と、これまた両地区ではほぼ同じような傾向となった。いずれにせよ、医師の過半数が「保健婦の受けている教育の程度は低い」とみているということは留意されてよい点であろう。（表Ⅱ－16）。

3番目には、「保健婦は自分に与えられた役割をやりとげる意欲に乏しい」という意見への賛否

を問うてみた。その結果は、「そう思う」——福島＝29.3%, 横浜＝14.3%, 「そんなことはない」——福島＝51.2%, 横浜＝67.9%と、肯定するものは1割5分から3割程度にとどまった。(表Ⅱ-17)。

第4の「保健婦といっしょに仕事をする」と面倒が起りやすい」という意見に対しては、「そう思う」——福島＝2.4%, 横浜＝7.1%, 「そんなことはない」——福島＝97.6%, 横浜＝78.6%となって、賛成するものは両地区合せても3人で、ごくわずかな数にとどまった(表Ⅱ-18)。

最後に、「保健婦は、自分の仕事に対する責任感が強い」ということに対しては、「そう思う」

——福島＝65.9%, 横浜＝60.7%, 「そんなことはない」——福島＝12.2%, 横浜＝10.7%と、両地区とも肯定6割、否定1割という結果となった。(表Ⅱ-19)。

以上のように、今日の医師の平均的な保健婦観は、保健婦の受けている教育程度は低いとしながらも、一緒に仕事をする」とトラブルがおこるなどは決して考えておらず、保健婦は業務を遂行する能力や責任感をもっており、また意欲もあると考えているという結果となったといえよう。

表Ⅱ-15 「保健婦は、医師が期待する業務を遂行する能力を持っている」

(医 師)

	そう思う	どちらとも いえない	そんなこと はない	わからない	答えたくない	計
福 島	27 (65.9)	6 (14.6)	6 (14.6)	2 (4.9)	0 (0.0)	41 (100.0)
横 浜	16 (57.1)	2 (7.1)	5 (17.9)	5 (17.9)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	43 (62.3)	8 (11.6)	11 (15.9)	7 (10.1)	0 (0.0)	69 (100.0)

表Ⅱ-16 「保健婦の受けている教育の程度は低い」

(医 師)

	そう思う	どちらとも 言えない	そんなこと はない	わからない	答えたくない	計
福 島	21 (51.2)	7 (17.1)	10 (24.4)	2 (4.9)	1 (2.4)	41 (100.0)
横 浜	15 (53.6)	2 (7.1)	7 (25.0)	4 (14.3)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	36 (52.2)	9 (13.0)	17 (24.6)	6 (8.7)	1 (1.4)	69 (100.0)

表Ⅱ-17 「保健婦は、自分に与えられた役割をやりとげる意欲に乏しい」

(医 師)

	そう思う	どちらとも 言えない	そんなこと はない	わからない	答えたくない	計
福 島	12 (29.3)	7 (17.1)	21 (51.2)	1 (2.4)	0 (0.0)	41 (100.0)
横 浜	4 (14.3)	4 (14.3)	19 (67.9)	1 (3.6)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	16 (23.2)	11 (15.9)	40 (58.0)	2 (2.9)	0 (0.0)	69 (100.0)

表Ⅱ－18 「保健婦といっしょに仕事をするとな面倒が起りやすい」

(医 師)						
	そう 思 う	どちらとも いえない	そんなこと はない	わからない	答えたく ない	計
福 島	1 (2.4)	0 (0.0)	40 (97.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	41 (100.0)
横 浜	2 (7.1)	1 (3.6)	22 (78.6)	3 (10.7)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	3 (4.3)	1 (1.4)	62 (89.9)	3 (4.3)	0 (0.0)	69 (100.0)

表Ⅱ－19 「保健婦は、自分の仕事に対する責任感が強い」

(医 師)						
	そう 思 う	どちらとも 言えない	そんなこと はない	わからない	答えたく ない	計
福 島	27 (65.9)	6 (14.6)	5 (12.2)	3 (7.3)	0 (0.0)	41 (100.0)
横 浜	17 (60.7)	7 (25.0)	3 (10.7)	1 (3.6)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	44 (63.8)	13 (18.8)	8 (11.6)	4 (5.8)	0 (0.0)	69 (100.0)

10 保健婦の開業医師観——保健婦の調査より

保健婦に対しては、医師観の一応のしめくりとして、開業医の活動や行動に関して、もっとも評価している点と、不満だとか問題だと思っている点を尋ねてみた。

まず、「あなたが、今日の開業医師の活動や行動のなかで、もっとも評価しておられる点をあげて下さい」として、自由回答方式であげられたのを整理したところからみると、福島 of 町村保健婦からは、「予防注射、検診に協力的」＝4人の他、「検査などをきちんとやってくれる」、「治療中断患者（結核）の連絡をしてくれる」、「患者のリハビリを医師から依頼された」、「話し合ってくれる開業医がいる」、「患者に保健婦活動を紹介してくれた」ということが1人ずつからあげられた。また、福島 of 保健所保健婦からは、「地域に出ていく先生もいる」、「患者との対話をもつ先生もいる」という声があった。そして、横浜 of 保健婦からは、「検診に協力的」＝5人、「薬

だけでなく患者の指導をしてくれる」＝2人の他、「老人検診に目をむけてきている」、「往診をしてくれる」、「患者のことを考えている」、「公衆衛生活動に関心をもっている」、「個人的には人格が豊かな人もいる」が各1人から出された。

次に、「では逆に、あなたが、今日の開業医師の活動や行動でもっとも不満だとか、問題があるとかお考えになっておられることについてお答え下さい」ということで出された発言をまとめてみると、福島 of 町村保健婦からは、「指導してくれない、連絡がしにくい」＝3人、「保健指導に積極的でない」＝2人の他、「病院だけの治療で終わっている」、「薬だけ、注射だけの医者がある」「乱診」、「死が予想される患者の診察や入院を断る」、「勉強不足」、「夜間診療の問題」などが各1名からあげられた。また、福島 of 保健所保健婦からは、「よろずやになっている、専門化した方がよい」＝2人の他、「薬だけ注射だけの医者がある」、「結核など先生の指示が正しくない

場合がある」，「信頼できる医師がほしい」などが各々一人ずつから出された。

そして横浜の保健所保健婦からは，「自分だけで患者をもっている」＝2人，「医者より指示がもらえない」＝2人，「もう少し勉強してほしい」＝2人，「公衆衛生の理解がない」＝2人の他，「病状について患者に説明しない」「医師が患者のことをきかない」，「病気だけをみて，全人間的にとらえていない」，「リハビリなどを勉強してほしい」というようなことが1人ずつからあげられた。

要 約

以上の結果を，医師および保健婦ごとにまとめなおしておく次のようになろう。

まず保健婦であるが，保健婦が重点をおいている活動は，成人，母子，老人と分かち，またこれから力を入れたいものとしては成人および母子が上位を占めた。

保健婦の活動の対象を，健康人に対する指導，在宅の病人の世話，健診の際の医師の補助に分けて順位づけをしてももらったところ，保健婦側では，医師の補助を第一にあげた回答は皆無であり，第2位に位置づけたのも1割にも満たなかった。しかしながら，在宅の病人の世話を中心に考えるか，健康人の指導を主たる対象と考えるかで，保健婦自身の対応も福島と横浜とで大きく異なっている。

保健婦として医師の活動や言動で助けられたものとして挙げられたのは，患者の連絡をしてくれた，指導や助言をしてくれた，指示がもらえた，などがあり，反対にやりにくかったこととしては，医師との指導や技術の食い違いなどが出された。

医師との仕事や業務の分担ということでは，保健婦の側は，予防注射は医師，検診時における生活指導および慢性疾患患者の生活指導は医師の指示で保健婦，患者や家族の心理的苦痛や不安の緩和，家庭訪問をしての保健指導，健康な生活のための保健教育は保健婦，だと考えており，これら

のうち，検診時あるいは慢性疾患患者の生活指導や家庭訪問をしての保健指導の3項目は医師側の期待とも合致しているが，他の3項目では医師側のそれとのズレがみられる。

保健婦自身が考える保健婦独自の活動や仕事の分野としては，一方での衛生教育や保健教育と，他方での訪問しての保健指導の双方があげられた。

また医師との役割分担としては，医師は診断や治療，保健婦は生活指導や看護などの意見が多く出された。

この他，保健婦たちが評価している開業医としては，検診や予防や公衆衛生活動に協力的で，患者とのコミュニケーションを充分に行ない，生活面にも目をむけている医師であり，他方，不満や問題がある開業医というのは，自分だけで患者をかかえ，薬や注射だけの医療を行なっている医師たちであるといえよう。

他方，医師側の調査から得られたものとしては，保健婦との接触の全くない医師というのは1割以下であるが，その接触の場は予防接種や各種の検診を通してというのが多く，生活指導や保健指導を通してというのは少なかった。

医師として保健婦の活動や言動で助けられたものとしてあげられたのは，在宅や非受診患者の情報提供や予防接種のアシスタントなどであり，反対に，やりにくくなったこととして出されたのは，医師と異なった指示をする，患者に転医をすすめるものがあるなどであった。

医師が考える保健婦活動の対象を，健康人に対する指導，在宅の病人の世話，医師の補助に分けて並べてもらったところ，医師の補助を第1位にあげたものが1割，第2位にあげたのが3割にも達し，保健婦側の回答とかなりの食い違いをみせた。

医師と保健婦との役割分担をめぐることは，保健婦側では9割までが医師の役割だとしていた予防注射も，医者の側で「医師」としたのは5割程度で，「医師の指示で保健婦」および「保健婦」と

したのが4割強もみられた。その他、患者や家族の心理的苦痛や不安の緩和、および、健康な生活のための保健教育の2項目でも、それらを医師あるいは医師の指示で保健婦とするのが7割および5割に達し、それらが皆無の保健婦側の考えと大きなズレをみせた。

医師が保健婦の役割や働きについて期待しているものとしては、地域や家庭での、あるいは老人や慢性疾患患者を対象としての保健指導や生活指導であるといえる。そのさい、特に横浜の医師たちからは、「医師の指示のもとでの保健指導」という声が強くだされたのが目についた。

他方、保健婦の活動に期待していないとしたものは、保健婦の数や質の問題や、事務屋や官僚的になっている面などが指摘された。

また、イメージ調査からみた今日の医師の平均的な保健婦観としては、保健婦の受けている教育程度は低いとしながらも、一緒に仕事をするとトラブルがおこるなどとは決して考えておらず、保健婦は業務を遂行する能力や責任感をもっており、また意欲もある、と考えている、という結果となった。

Ⅲ 糖尿病患者および結核患者のケアにおける 医師と保健婦の協力関係

牧 野 忠 康

1. はじめに

1-1 課題の設定

本章では、医師と保健婦の活動と役割期待について「糖尿病患者のケア」と「結核患者のケア」の2つの疾病に対する具体的なケアをとおして検討を深めたいと考える。

本調査では、具体的な健康障害として保健婦に対しては「糖尿病」「結核」「脳卒中後遺症」の3つの健康障害を、医師に対しては「糖尿病」「脳卒中後遺症」の2つをとりあげて、これらの健康障害に対する一般的なケアの考え方と実際にどのようにおこなっているかという両面から質問を試みている。そのうちの「糖尿病」と「結核」についてその結果を報告し若干の考察をおこなう。

まず、医師と保健婦の活動と役割期待を考えるのに、医師や保健婦がとりくんでいる数多くの健康障害のうちから、なぜ「糖尿病」と「結核」を選定したかについて述べておきたい。

1-2 糖尿病患者のケアと調査対象とした理由について

「糖尿病」を選定した理由としては、第一に近年の傾向をみると年々その患者数を増してきている健康障害の一つであること、第二にこの健康障害の発症や療養に働き方や暮らし方が大きく関与していること、があげられる。

糖尿病とは、“体の必要に見あうだけのインスリンが膵臓から分泌されないために、栄養素が健康な人のように調子よく利用されないでおこる病気”であるというように日本糖尿病学会では定義している。厚生省の「患者調査」で糖尿病の受療率をみると、人口10万対の受療率で昭和40年には34、5年後の44年には57、さらに5年後の49年には84、50年には87、と年々増加してきている。昭和40年から50年の間に2.5倍に

増加している。さらに、こうした傾向は現代の食生活や労働や生活の環境およびさまざまなストレス状況から考えて今後ますます強まり、糖尿病患者の増大とその健康管理や療養指導が大きな課題となってくるものと予想される。

しかし、日本糖尿病学会編による糖尿病の患者およびその家族のために書かれている『糖尿病治療の手びき』などをみると「むかしは糖尿病にかかると短命だといわれていましたが、近頃は糖尿病の治療法がすばらしく進んで、正しい治療を続けておれば、健康な人とほとんど変わらない日常生活を送ることができるようになりました。しかし、そのためには患者さんが正しい病気の知識をもって養生されることが何より必要です」というように指導している。

このことから判断できるように糖尿病のケアについては患者教育、家族教育、生活や食事の指導などといったことが中心となり、医師や保健婦などが生活や労働の場でケアにとりくんでいなくてはならない健康障害の一つである。しかし、現在の保健所保健婦や市町村保健婦がこの「糖尿病」患者のケアには十分にかかわり切れていないのではないかという予想のもとに本調査の質問項目の一つを「糖尿病患者のケア」について設定したのである。

1-3 結核患者のケアを調査対象とした理由について

糖尿病とは対照的な健康障害として「結核」をとりあげた。その理由として、第一に結核のケアは公衆衛生の領域や保健所の発展の歴史のなかで重要な位置を占めてきたこと、第二に多くの医師や保健婦が結核患者のケアにかかわってきたこと、第三にまさに現代医学の成果として結核患者数は著明な減少をみせていること、などがあげ

られる。

しかし、結核の問題は依然として根強く問題を含み社会の下層に沈澱していく傾向を強めてきている。厚生省の「患者調査」で、結核の受療率の推移をみると、昭和28年における「全結核」は人口10万対の受療率で402であった。昭和40年では、「肺結核」282、「その他の結核」19、5年後の44年には「肺結核」184、「その他の結核」11、と減少している。さらに5年後の49年では、「肺結核」111、「その他の結核」8、50年では「肺結核」109、「その他の結核」7、となってきた。

このように「糖尿病」も「結核」もそのケアにあたっては患者の労働と生活の条件を十分に考慮していかななくてはならず、医師と保健婦の協力・共同の努力を必要とする健康障害ではあるが、そのとりくみは対照的であるという意味で、これらの疾病のケアの一般的な考え方と実際のとりくみ方を調査することによって、医師と保健婦の活動と役割期待を浮かびあがらせようと試みたのである。

2. 糖尿病患者のケアについて

まず、「医師」にも「保健婦」にもほぼ同様な質問を試みた「糖尿病」のケアからみていくことにしよう。

2-1 医師のみでケアできると思うか。

一般的に医師・保健婦が「糖尿病の診療にあたる医師スタッフとして、『医師のみで十分である』と思いますか、あるいは『医師のみでなく他のスタッフとも協力する必要がある』と思いますか」という質問に対してどのように回答しているであろうか。

(1) 保健婦はどう考えているか。

保健婦がどのような回答をしているか表Ⅲ-1に示してあるのでみていこう。

「医師のみで十分である」と答えたものは、全体=12.8%、地域別では福島町=26.3%、保

健所=0%、横浜=0%となっている。「医師のみでなく他のスタッフとも協力する必要がある」と考える保健婦は、全体=84.6%、福島町=68.4%、保健所=100.0%、横浜=100%となっている。この結果から、福島よりも横浜の保健婦の方がチーム・ケアの意識が高いということを示唆していると思われる。さらに、福島でも町に所属する保健婦よりも保健所保健婦の方がチーム・ケアの考え方を確立しているといえよう。福島での町と保健所の所属のちがひによってこのような差が生じている大きな要因は、町の保健婦の年齢が高く、したがって教育・訓練課程も旧制であるためと推定される。

さて、「医師のみでなく他のスタッフとも協力する必要がある」と回答した保健婦に対して、「医師以外のスタッフとしてはどのような職種との協力が必要とお考えですか」と問うてみた。その結果が(表Ⅲ-2)に示してあるのでみてみよう。

全体でみると、1位=保健婦および栄養士がいづれも93.9%という高率で選ばれており、3位=看護婦(33.3%)、4位=医療ソーシャル・ワーカー(27.3%)とつづいている。看護婦との協力が必要としているものが少く、医療ソーシャル・ワーカーとの協力が必要と答えたものが比較的多いことが注目される。

地域別では、福島と横浜とを比較してみると、保健婦、栄養士との協力が必要とするものが高率とともに第1位であることでは両地域とも共通している。しかし、横浜では第3位に医療ソーシャル・ワーカー(42.9%)を選んで、第4位に看護婦(42.1%)を選んでいるが、福島では町・保健所ともに第3位は看護婦(町=30.8%、保健所=66.7%)、第4位は医療ソーシャル・ワーカー(町=7.7%、保健所=33.3%)となっていて、ここに両地域に差を認めることができる。

このことだけで結論づけることはできないが、福島の保健婦と横浜の保健婦、この両地域の差はなぜおきてきているのかについては、保健婦の所

表Ⅲ－１ 糖尿病の診療にあたるスタッフをどう考えるか。

(保健婦)

Q 27		1 医師のみで 十分である	2 医師のみでなく 他のスタッフと も協力が必要	3 D N K. A	計
福島	町	5 (26.3)	13 (68.4)	1 (5.3)	19 (100.0)
	保健所	0 (0.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横浜		0 (0.0)	14 (100.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		5 (12.8)	33 (54.6)	1 (2.6)	39 (100.0)

表Ⅲ－２ どのような医療スタッフとの協力が必要と考えるか。
(複数回答)

Q27-SQ2		1 看護婦	2 准看護婦	3 見習看護婦 看護助手	4 保健婦	5 栄養士	6 医療ソーシャル ワーカー	7 その他	N
福島	町	4 (30.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (92.3)	11 (84.6)	1 (7.7)	0 (0.0)	13 (100.0)
	保健所	4 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (83.3)	6 (100.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	6 (100.0)
横浜		3 (21.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (100.0)	14 (100.0)	6 (42.9)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		11 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	31 (93.9)	31 (93.9)	9 (27.3)	0 (0.0)	33 (100.0)

属している機関の性格とか姿勢や、協力できる社会資源の差などがからんでくるので、この点についての分析は慎重になされなくてはならないだろう。

(2) 医師はどう考えているか。

つづいて、医師は糖尿病患者のケアにあたってどのような医療スタッフが必要と考えているかについて、保健婦への質問と同様の質問を試みた回答結果が表Ⅲ－３に示してあるので、これにしたがってみたいことにする。

「医師のみで十分である」と答えたものは、全体では、些か7.2%にしかすぎず、地域別にみると福島=7.3%、横浜=7.1%と差はない。「医師のみでなく他のスタッフとも協力が必要」と答えた医師は、全体では88.4%であり、福島・横浜の地域差も認められず、他の職種との協調を必要と考えている。

この結果を「医師」と「保健婦」で比較してみると、福島でその差が認められ福島の保健婦は20.0%が「医師のみで十分である」と答えたのに

表Ⅲ－3 糖尿病の診療にあたって他の医療スタッフとの協力が必要か。

(医 師)

Q 9	1 医 師 の み で 十 分 で あ る	2 医 師 の み で な く 他 の ス タ ッ フ と も 協 力 が 必 要	3 D K・ N A	計
福 島	3 (7.3)	37 (90.2)	1 (2.4)	41 (100.0)
横 浜	2 (7.1)	24 (85.7)	2 (7.1)	28 (100.0)
計	5 (7.2)	61 (88.4)	3 (4.3)	69 (100.0)



表Ⅲ－4 どのような医療スタッフとの協力が必要と考えるか。
(複数回答)

Q 9 － SQ2	1 看 護 婦	2 准 看 護 婦	3 見 看 習 護 看 助 婦 手	4 保 健 所 保 健 婦	5 自 院 の 保 健 婦	6 栄 養 士	7 薬 剤 士	8 臨 床 検 査 技 師	9 ル 医 療 ソー ワ ー カ ー	10 そ の 他	N
福島	21 (56.8)	16 (43.2)	5 (13.5)	29 (78.4)	5 (13.5)	30 (81.1)	7 (18.9)	25 (67.6)	11 (29.7)	2 (5.4)	37 (100.0)
横浜	9 (37.5)	6 (25.0)	5 (20.8)	18 (75.0)	6 (25.0)	22 (91.7)	4 (16.7)	13 (54.2)	6 (25.0)	2 (8.3)	24 (100.0)
計	30 (49.2)	22 (36.1)	10 (16.4)	47 (77.0)	11 (18.0)	52 (85.2)	11 (18.0)	38 (62.3)	17 (27.9)	4 (6.6)	61 (100.0)

対し、福島の医師が「医師のみで十分である」と答えたものはわずか7.3%にすぎない。また、横浜では保健婦は「医師のみで十分」と考えるものは皆無であるにもかかわらず、横浜の医師では些かではあるが「医師のみで十分である」とするものが7.1%（2人）いる。

次に、医師で「他のスタッフとの協力が必要」と回答したものに対して、「医師以外のスタッフとしてはどのような職種との協力が必要とお考えですか」という質問を試みその結果が表Ⅲ－4に示してあるので、これをみてみよう。

全体では、1位＝栄養士（85.2%）、2位＝保健所・市町保健婦（77.0%）、3位＝臨床検査技師（62.3%）、4位＝看護婦（49.2%）、5位＝

准看護婦（36.1%）、6位＝医療ソーシャル・ワーカー（27.9%）という順で選ばれている。

これを地域別にみると栄養士、保健所・市町保健婦を協力者として選んだものの割合が高いのは福島、横浜とも共通している。しかし、福島では看護婦・准看護婦を協力者として選ぶ医師の割合が高いのが注目される。

糖尿病医療の協力者として「看護婦」「准看護婦」「看護助手・見習看護婦」に注目して、医師の回答と保健婦の回答とを比較してみると、両者に意識の相違を明確に読みとることができる。まず第1に、医師は保健婦に比較してより多くのものが「看護婦」を協力者と考えていること、第2に保健婦は福島、横浜ともに「准看護婦」「看

護助手・見習看護婦」を協力者として選んだものは皆無であるのに対し、医師のなかにはこれらの職種を協力者としてあげているものが相当程度いることといったところが特徴的であり、対照的であるといえる。

つづいて、医師のうち協力者として「保健所・市町保健婦」を選んだものが、この保健婦とどのような関係のなかで糖尿病医療を展開するのがよいと考えているかについての回答結果を表Ⅲ－５によりみてみよう。

表Ⅲ－５ 糖尿病患者のケアにあたって保健婦と医師の関係は。

(医師)			
Q 9－S Q 3	1 すべて医師の指示のもとに治療をおこない、保健婦は医師の仕事を補助する。	2 医療チームとして、医師と保健婦が患者を中心とした協力・共同の立場で治療にあたる。	計
福 島	16 (55.2)	13 (44.8)	29 (100.0)
横 浜	6 (33.3)	12 (66.7)	18 (100.0)
計	22 (46.8)	25 (53.2)	47 (100.0)

全体では、「すべて医師の指示のもとに治療をおこない、保健婦は医師の仕事を補助する」とするものが46.8%である。地域別でこれを見ると福島では55.2%、横浜では33.3%がこの関係を是としている。逆にみると、「医療チームとして医師と保健婦が患者を中心とした協力・共同の立場で治療にあたる」という関係を望むものが半数以上を占め、横浜が66.7%と高い率を示し、福島では44.8%がこの関係を望んでいる。

医師が協力者として保健婦とならんで第1位にあげた「栄養士」との関係をもても、だいたい保健婦と同様の傾向を示している。

2－2 医師と保健婦の役割分担をどう考えるか。

(1) 保健婦はどう考えているか。

さて、こんどは医師以外の協力スタッフとして、「保健婦」をあげた保健婦に対して「保健婦が分担するのが適当と思われる項目」と「医師が担当すべき項目」をリストで示した11項目についてふり分けてもらった回答結果をみてみよう。表Ⅲ－6に結果が示してある。

「医師が担当すべき行為」としては「確定診断、療養・型の分類確定」「治療方針の確定」「薬物療法の指示」「合併症および薬物副作用のチェック」「摂取カロリーの算出と指示」が指摘されており、「運動療法の処方」は福島においてやや低い医師の役割とみている。「保健婦が主として分担すべき行為」としては、「家族教育」「患者教育」「生活指導」「運動療法の指導」をあげ、これらよりやや選定率が低くなるが「食事療法の指導」(全体＝41.9%)もあげられている。

表Ⅲ－6のなかに「医師と保健婦」という回答が集計してあるが、これは質問としては分担をすれば「主に」どちらかというかたちで設問したのだが、とくに横浜の保健所保健婦の回答者が「医師と保健婦がそれぞれの専門の立場からアプローチする」ことが必要であるという強い主張のため、このような集計となったことを注記しておく。

(2) 医師はどう考えているか。

一方、医師以外の医療スタッフとの協同が必要と答えた「医師」に「糖尿病の診療にあたって、

表Ⅲ－6 糖尿病の医療などのうち医師と保健婦の任務分担は、

(保健婦)

Q27－SQ4		1 症度・型の分類・確定診断	2 治療方針の確定	3 薬物療法の指示	4 合併症および薬物副作用のチェック	5 算出と指標の指示	6 食事療法の指導	7 患者教育	8 家族教育	9 運動療法の処方	10 運動療法の指導	11 生活指導（7・8除く）	N
主に医師が担当	福 島 町	12 (100.0)	12 (100.0)	12 (100.0)	11 (91.7)	10 (83.3)	3 (25.0)	3 (25.0)	1 (8.3)	7 (58.3)	1 (8.3)	0 (0.0)	12 (100.0)
	保健所	5 (100.0)	5 (100.0)	5 (100.0)	4 (80.0)	2 (40.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
	横 浜	13 (92.9)	14 (100.0)	14 (100.0)	4 (28.6)	13 (92.9)	2 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (92.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
	計	30 (96.8)	31 (100.0)	31 (100.0)	19 (61.3)	25 (80.6)	7 (22.6)	3 (9.7)	1 (3.2)	24 (77.4)	1 (3.2)	0 (0.0)	31 (100.0)
主に保健婦が担当	福 島 町	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)	1 (8.3)	6 (50.0)	7 (58.3)	10 (83.3)	0 (0.0)	7 (58.3)	12 (100.0)	12 (100.0)
	保健所	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	2 (40.0)	5 (100.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	5 (100.0)	5 (100.0)
	横 浜	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (28.6)	9 (64.3)	10 (71.4)	0 (0.0)	12 (85.7)	12 (85.7)	14 (100.0)
	計	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (6.5)	2 (6.5)	12 (38.7)	21 (67.7)	25 (80.6)	0 (0.0)	23 (74.2)	29 (93.5)	31 (100.0)
医師と保健婦	福 島 町	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	12 (100.0)
	保健所	－	－	－	2 (40.0)	－	－	－	－	－	－	－	5 (100.0)
	横 浜	1 (7.1)	－	－	10 (71.4)	1 (7.1)	1 (7.1)	5 (35.7)	4 (28.6)	1 (7.1)	1 (7.1)	2 (14.3)	14 (100.0)
	計	1 (3.2)	－	－	12 (38.7)	1 (3.2)	1 (3.2)	5 (16.1)	4 (12.9)	1 (3.2)	1 (3.2)	2 (6.5)	31 (100.0)

主に医師が担当すべきもの」を保健婦に示したりリストと同じ11項目のリストを示して選定してもらった回答結果が表Ⅲ－7に示してあるので、これをみてみる。

やはり、「確定診断、症度・型の分類・確定」「治療方針の確定」「薬物療法の指示」「合併症および薬物副作用のチェック」は医師の任務とし

ているが、他の項目は必ずしも医師の役割と考えていないものの割合が高い。医師が自分の任務と思う率の低いものから順にあげてみると、「家族教育」（全体＝31.1％）、「生活指導」（全体＝34.4％）、「運動療法の指導」（全体＝39.3％）、「食事療法の指導」（全体＝52.5％）、「患者教育」（全体＝55.7％）、「運動療法の処方」（全

表Ⅲ－7 糖尿病の診療にあたって、主に医師が担当すべきもの

(医師)

Q 9 -SQ4	1 症 確 度・定 の分 診 類・確 定 断	2 治 療 方 針 の 確 定	3 薬 物 療 法 の 指 示	4 薬 合 物 併 副 症 作 用 の お チ ャ ッ ク よ び	5 算 摂 出 カ と ロ リ 指 示 の	6 食 事 療 法 の 指 導	7 患 者 教 育	8 家 族 教 育	9 運 動 療 法 の 処 方	10 運 動 療 法 の 指 導	11 生 活 指 導 (7・8を除く)	N
福 島	37 (100.0)	37 (100.0)	35 (94.6)	31 (83.8)	26 (70.3)	22 (59.5)	23 (62.2)	14 (37.8)	21 (26.8)	17 (45.9)	14 (37.8)	37 (100.0)
横 浜	24 (100.0)	24 (100.0)	24 (100.0)	24 (100.0)	14 (58.3)	10 (41.7)	11 (45.8)	5 (20.8)	14 (58.3)	7 (29.2)	7 (29.2)	24 (100.0)
計	61 (100.0)	61 (100.0)	59 (96.7)	55 (90.2)	40 (65.6)	32 (52.5)	34 (55.7)	19 (31.1)	35 (57.4)	24 (39.3)	21 (34.4)	61 (100.0)

体＝57.4％）などといったところが目立っている。

医師が自分の任務を考える率の低い行為が、す

表Ⅲ－8 自験例として糖尿病の診療の経験があるか。

(医師)

Q 8	1 あ る	2 な い	計
福 島	36 (87.8)	5 (12.2)	41 (100.0)
横 浜	25 (89.3)	3 (10.7)	28 (100.0)
計	61 (88.4)	8 (11.6)	69 (100.0)

ぐ保健婦の任務であると短絡することができないが、保健婦と医師が各々考えている役割分担にはそれほど大きな開きは認められないといえよう。

2－3 実際のケアの場面ではどうか。

(1) 医師はどうか。

さて、ここまでは糖尿病患者のケアにあたってのチーム医療の考え方を一般論として質問したことに対する回答結果であったが、では実際にはどのように糖尿病患者のケアが実践されているのかについてみてみよう。

まず、医師に対して自験例として糖尿病の診療にあたったことがあるかどうかを問うてみると、全体で88.4％の医師が自験例をもっている。そのことが表Ⅲ－8に示してあるが、地域別にみても

表Ⅲ－9 糖尿病の診療をここ3年の間に起こったことがあるか。

Q 8 - S Q	1 現 在 診 療 し て い る	2 現 在 は な い が こ こ 3 年 に は あ る	3 こ こ 3 年 の 間 に は な い	D K ・ N A	計
福 島	33 (91.7)	2 (5.6)	0 (0.0)	1 (2.8)	36 (100.0)
横 浜	24 (96.0)	1 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	25 (100.0)
計	57 (93.4)	3 (4.9)	0 (0.0)	1 (1.6)	61 (100.0)

表-10 糖尿病患者が円滑な療養を継続するために何か手だてをとっているか

(医師)

Q 10	1 なにも手だてをとっていない	2 手だてをとっている	3 D K・N A	計
福島	18 (50.0)	18 (50.0)	0 (0.0)	36 (100.0)
横浜	11 (44.0)	13 (52.0)	1 (4.0)	25 (100.0)
計	29 (47.5)	31 (50.8)	1 (1.6)	61 (100.0)

表Ⅲ-11 手だてをとっていない理由

Q 10 - SQ1	1 てに治療がおこなえ	2 て放置しただけ	3 が忙しすぎる	4 その他	5 計
福島	6 (33.3)	2 (11.1)	7 (38.9)	3 (16.7)	18 (100.0)
横浜	3 (18.2)	2 (18.2)	3 (27.3)	3 (27.3)	11 (100.0)
計	9 (31.0)	4 (13.8)	10 (34.5)	6 (20.7)	29 (100.0)

表Ⅲ-12 手だての内容 (複数回答)

Q 10 - SQ2	1 時々医師が患者を訪問している	2 主に看護婦が患者宅を訪問している	3 保健婦に患者宅を訪問してもらっている	4 患者会などで自主的に管理している	5 その他	N
福島	1 (5.6)	1 (5.6)	4 (22.2)	2 (11.1)	15 (83.3)	18 (100.0)
横浜	1 (7.7)	0 (0.0)	3 (23.1)	1 (7.7)	10 (76.9)	13 (100.0)
計	2 (6.5)	1 (3.2)	7 (22.6)	3 (9.7)	25 (80.6)	31 (100.0)

表Ⅲ-13 保健婦に患者宅を訪問してもらって医師と保健婦の連絡はスムーズにいらっているか

Q 10 - SQ2 - SQ2	1 スムーズにいらっている	2 スムーズでない	計
福島	2 (50.0)	2 (50.0)	4 (100.0)
横浜	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
計	5 (71.4)	2 (28.6)	7 (100.0)

差は認められない。「ある」と答えた医師に「それはいつ頃か」と問うた結果が表Ⅲ－9であるが「現在、糖尿病の患者の診療をしている」が93.4%で、これも地域差はない。

つづいて、現在糖尿病の診療をしている医師に対して「糖尿病の食事療法は、糖尿病と診断された直後から一生継続けられるものですが、日常生活にたいへん影響されやすいところから、ともするとこれが乱れがちになり、定期的な通院さえもおこたりがちになりやすいといわれています。ところで、先生のところでは、糖尿病患者が円滑な療養を継続するために何か手だてをとられていますか」との問いに対する回答を表Ⅲ－10によりみてみよう。

「なにも手だてをとっていない」「手だてをとっている」の回答は、それぞれ半々の割合であり、地域差も認められない。

「なにも手だてをとっていない」（全体＝47.5%）と答えた医師にその理由を問うたところ表－11に示すように「治療が円滑におこなえているから」（31.0%）、「日常診療が忙しく手がまわらない」（34.5%）とするものが、各々3分の1づつを占めている。回答数は少いが「患者自身のことだから放置していてよい」とするものが全体で13.8%ある。

つぎに、「手だてをとっている」（50.8%）と答えた医師に対し、その手だての内容を問うた結果が表Ⅲ－12に示してある。これをみると、「時々医師が患者を訪問している」が6.5%、「主に看護婦が患者宅を訪問している」が3.2%、「患者会などで自主的に管理している」が9.7%となっているが、最も多いのが「保健婦に患者宅を訪問してもらっている」で22.6%となっている。

「保健婦に患者宅を訪問してもらっている」としたのに対し「医師と保健婦の連絡はスムーズにいつているか」と問うた結果が表Ⅲ－13であるが、回答数が少いので注意してみなくてはならないが、「スムーズにいつている」としたものが71.4

%であり、横浜では100%が「スムーズにいつている」と答えている。

つづいて、現在糖尿病の治療にたずさわっている医師に対して「実際に食事指導は主にどなたが担当」しているかと問うた。その結果は表Ⅲ－14に示してある。

「医師がおこなっている」が全体で70.5%で、福島では80.6%、横浜では56.0%である。「医師以外のスタッフ」が担当しているのが全体で27.9%、福島で19.4%、横浜で40.0%となっていて地域差が目立っている。

「医師以外のスタッフ」が担当していると答えたものに対し、医師以外のスタッフとはだれかを問うてみた結果が表Ⅲ－15である。これをみると、福島＝7人、横浜＝10人で計17人の少数例ではあるが、全体では「自院の栄養士」（41.2%＝7人）、「保健所の保健婦・栄養士」（41.2%＝7人）、「その他」（41.2%＝7人）、となっている。ここでも地域差が目立ち、福島では「自院の栄養士」が100.0%＝7人、横浜では「保健所の保健婦・栄養士」が60.0%＝6人となっている。この理由は福島で「自院の栄養士」と答えたのは自院に栄養士をおいて地域医療を積極的に展開している総合病院の勤務医師なので特殊な条件といえる。また、横浜での「保健所保健婦・栄養士」の率が高いのは、対象地域の地区医師会と保健所が協力して糖尿病患者の食事指導に力をいれているためであると考えられる。

ここで、実際の場合で食事指導を「医師のみが担当している」と答えた医師が一般論としてはどのように答えているかを表Ⅲ－16によりみてみよう。一般論としても「医師のみで十分である」と考えている医師は、些かに9.3%であり、90.7%は「医師のみでなく他のスタッフとも協力が必要」と考えている。しかし、実際には「医師」が食事指導を担当しているのである。この理念と実際との差がなぜ生じているかを考えてみると、さまざまな要因が考えられるが、開業医の場合には自院

以外のスタッフと協力するという場面をつくることとなかなかむづかしいことが指摘しうる。しかし、それでも横浜の医師の場合にはその気になりさえすれば、保健所保健婦や栄養士などとの協力関係もちうるが、福島の場合は地理的状況や利用できる社会資源が不十分であるなどのために自院外のスタッフとの協力がむづかしいとも思われる。それにしても、たてまえと実際がこれほどぐいちがっている原因については、分析を深めてみる必要がある。

表Ⅲ－14 糖尿病患者の食事指導は実際に誰がおこなっているか。

(医師)				
Q 11	1 医 師	2 医師以 外のス タッフ	3 D・K N・A	計
福 島	29 (80.6)	7 (19.4)	0 (0.0)	36 (100.0)
横 浜	14 (56.0)	10 (40.0)	1 (4.0)	25 (100.0)
計	43 (70.5)	17 (27.9)	1 (1.6)	61 (100.0)

表Ⅲ 15 医師以外のスタッフとはだれか。(複数回答)

Q 11 -SQ2	1 准 看 看 護 婦 婦	3 栄 自 養 院 士 の	5 ・保保 栄健 養所 士婦の	6 (ワソ M I S カ S シ W ィ アル)	7 そ の 他	計
福 島	1 (14.3)	7 (100.0)	1 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)	7 (100.0)
横 浜	1 (10.0)	0 (0.0)	6 (60.0)	0 (0.0)	6 (0.0)	10 (100.0)
計	2 (11.8)	7 (41.2)	7 (41.2)	1 (5.9)	7 (5.9)	17 (100.0)

表Ⅲ－16

糖尿病の食事指導を実際には医師のみが担当しているが一般的には他のスタッフの協力が必要と答えたもの

Q 9 の クロス	1 十 医 分 師 での あ み る で	2 も 他 医 協 師 の 力 ス が タ み で 必 ッ 要 な く	計
福 島	2 (6.9)	27 (93.1)	29 (100.0)
横 浜	2 (14.3)	12 (85.7)	14 (100.0)
計	4 (9.3)	39 (90.7)	43 (100.0)

(2) 保健婦はどうか

では、保健婦は実際の場面でどの程度のものが糖尿病のケアに参加しこれとかわかっているのだろうか。

「糖尿病患者の訪問をしたことがあるか」と問うた回答結果が表Ⅲ－17に示してある。これを見ると、「現在訪問している」ものが全体で43.6%である。地域別では、福島の町で52.6%で、保健所で33.3%，横浜では35.7%が「現在訪問している」と答えている。「今までにはあるが、現在はない」と答えたものが、全体で23.1%あり、

「現在訪問している」ものを含めると66.7%のものが、糖尿病患者のケアになんらかのかたちでかわっている。何らかのかたちで糖尿病患者のケアにかかわったことがあるか、または現在もかわっているものの割合を地域別にみると、福島では町が84.2%，保健所が50.0%，横浜では50.0%となっている。福島の町では比較的多くの保健婦がなんらかのかたちで糖尿病患者のケアにかかわったことがあるというのが目をひく。

しかし、医師が糖尿病患者のケアに保健婦との協力が必要としながらも、実際にはあまり協力

関係がとられておらず、とくに福島ではこの傾向が顕著であったことを想起してみると、医師と保健婦の役割分担や連携が不十分であるという推定が成りたつことがいえるように思われる。ただし、今回の調査の場合には糖尿病患者のケアのうち「食

事指導」のかかわりをメルク・マールにおいた設問となっているので、医師が食事指導は保健婦の役割とは考えなかったのかという疑問も残るので検討が必要であろう。

表Ⅲ－17 糖尿病患者の訪問をしたことがあるか。

(保健婦)		1 現在 訪問している	2 今まではある が現在はない	3 な い	4 D K ・ N A	計
福 島	町	10 (52.6)	6 (31.6)	2 (10.5)	1 (5.3)	19 (100.0)
	保健所	2 (33.3)	1 (16.7)	3 (50.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜		5 (35.7)	2 (14.3)	7 (50.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		17 (43.6)	9 (23.1)	12 (30.8)	1 (2.6)	39 (100.0)

表Ⅲ－18 糖尿病患者のケアにあたって保健婦以外の職種の人と協力しているか。

Q 31		1 協力し ている	2 協力して いない	計
福 島	町	4 (40.0)	6 (60.0)	10 (100.0)
	保健所	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100.0)
横 浜		4 (80.0)	1 (20.0)	5 (100.0)
計		9 (52.9)	8 (47.5)	17 (100.0)

一方、福島の保健所および横浜の保健所の保健婦では、糖尿病患者の訪問をしたことが「ない」と答えたものが50％である。その理由を問うてみたところ、横浜では2人(33.3％)が「受持ち地域内に糖尿病患者がいない」からと答え、さらに2人(33.3％)が「訪問の必要な糖尿病患者がいるが時間がなくて手がまわらない」とし、他の

4人(66.7％)は「その他」の理由によるとしている。福島では2人(100.0％)が「その他」の理由によると答えている。

さて、「現在訪問している」と回答した人に対し、「糖尿病のケアにあたって保健婦以外の職種の人と協力しているか」と問うたところ、「協力している」と答えたものは全体で52.9％、福島では町が40.0％、保健所50.0％(1人)、横浜では80.0％という結果である(表Ⅲ－18)。この質問では、少数例ではあるが地域差があらわれており実際にも、理念的にも横浜の方が他職種との協力の意識が高いといえることができる。

2－4 一応のまとめ

これまでのところで明らかになってきたと思われることを要約してみると以下のようになろう。

- ① 保健婦と医師の間で建前としては役割分担が両者に認識されつつあること。
- ② しかし、一般的には医師も保健婦も「医師のみでなく他の医療スタッフとの協力が必要」としながらも、実際には協力関係がもたれていな

いこと。

- ③ 福島よりも横浜において医師と保健婦との協力関係がとられやすい意識や条件が育ってきているとみられること。
- ④ 一定の協力関係の条件，すなわち保健所－開業医の協力関係が意識的，計画的に努力されたり，医療機関内やその所在地域周辺にスタッフの配置をし経験を重ねていけば，一定の協力関係が成立していくことが示唆されること。

3 結核患者のケアについて

医師の調査には結核患者のケアについての設問を用意しなかったが，保健婦は結核とのかかわりが深いという判断から「結核のケア」を例にとって保健婦と医師の関係をみてみようとした。

まず，保健婦に「現在結核患者のケアにかかわっているか（ただし，検診や予防注射を除く）」と問うた回答結果からみていこう。

表Ⅲ－19に示してあるが，福島の町の保健婦が「いない」＝26.3%，「D・K，N・A」＝10.5%と答えている他は「かかわっている」と答えている。じつは，この福島の町保健婦の回答は条件つきでみなくてはならない事情が存在している。

表Ⅲ－19 現在，結核患者のケアにかかわっているか。

		(保健婦)			
Q 16		1 いない	2 いる	3 D K・ N A	計
福 島	町	5 (26.3)	12 (63.2)	2 (10.5)	19 (100.0)
	保健所	0 (0.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜		0 (0.0)	14 (100.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		5 (12.8)	32 (82.1)	2 (5.1)	39 (100.0)

表Ⅲ－20 結核患者のケアにあたって保健婦以外の職種の人と協力しているか。

		(保健婦)			
Q 20		1 協力し ている	2 協力して いない	D K・ N A	計
福 島	町	10 (52.6)	8 (42.1)	1 (5.3)	19 (100.0)
	保健所	6 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜		14 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		30 (76.9)	8 (20.5)	1 (2.6)	39 (100.0)

表Ⅲ－21 どのような職種の人と協力しているか。（複数回答）

Q 20 －SQ 2		1 医 師	2 看 護 婦	3 臨 床 検 査 技 師	4 レ ン ト ゲ ン 技 師	5 栄 養 士	6 薬 剤 師	7 ソ ー シ ャ ル ・ ワ ー カ ー	8 ホ ー ム ・ ヘル パー	9 O T ・ P T	10 役 場 の 担 当 事 務 職	11 そ の 他	N
福 島	町	10 (100.0)	2 (20.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (20.0)	3 (30.0)	10
	保健所	5 (83.3)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	1 (16.7)	6 (100.0)
横 浜		14 (100.0)	4 (28.6)	8 (57.1)	7 (50.0)	5 (35.7)	0 (0.0)	14 (100.0)	2 (14.3)	1 (7.1)	6 (42.9)	1 (7.1)	14 (100.0)
計		29 (96.7)	9 (30.0)	8 (26.7)	7 (23.3)	5 (16.7)	1 (3.3)	17 (56.7)	2 (6.7)	1 (3.3)	10 (33.3)	5 (16.7)	30 (100.0)

それは、たまたま調査時点の数カ月前までは町保健婦も全て結核患者のケアにかかわってきたが、調査時点では福島県の指導で結核患者のケアは保健所保健婦だけがかかわることになって町保健婦は結核患者のケアから手を引いたあるいは引かされたという事情があって、このような回答となっている。したがって、実際には新任早々の保健婦1人を除いて全員が、結核患者にかかわっているといえる。

つぎに「結核患者のケアにあたって保健婦以外の職種の人と協力しているか」との問いに対する回答結果を表Ⅲ－20によりみてみることにする。

全体でみると「協力している」ものが76.9%で、福島町の町保健婦のみが42.1%「協力していない」と答えている。これは、糖尿病患者のケアの場合よりも「協力している」ものの率が高い。

では、「どのような職種の人と協力しているか」と問うた結果は表Ⅲ－21に示してあるが、どのような職種と協力しているのであろうか。

全体では、1位、医師＝96.7%、2位、医療ソーシャル・ワーカー＝56.7%、3位、役場の担当事務職＝33.3%、4位、看護婦＝30.0%、5位、臨床検査技師＝26.7%、6位、レントゲン技師＝23.3%、7位、栄養士＝16.7% という順になっている。

これを地域別にみると、福島より横浜の方がより多くの職種と協力関係をもち、福島でも町保健婦より保健所保健婦の方がより多くの職種と協力していることが示されている。福島町の町保健婦での協力関係をみると、1位、医師＝100.0%、(2位、その他＝30.0%)、3位、看護婦＝20.0%、役場の担当事務＝20.0%で他の職種との協力関係はなく、特定の狭い範囲でしか協力関係がとられていないことが明らかになっている。

他の職種との協力関係について、一般論としてはどう考えているのかを「結核のケアにあたって保健婦以外の職種との協力が必要とお考えですか」と問うてみた。その回答結果が表Ⅲ－22である。

表Ⅲ－22 結核のケアにあたって保健婦以外との協力が必要か。(保健婦)

Q 15		1 必要	2 必要でない	計
福島	町	16 (84.2)	3 (15.8)	19 (100.0)
	保健所	6 (100.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横浜		14 (100.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		36 (92.3)	3 (7.7)	39 (100.0)

表Ⅲ－23 どのような職種との協力が必要か。(複数回答)

Q 15 － S Q 1		1 医 師	2 看 護 婦 (士)	3 検 査 床 技 師	4 レ ント ゲ ン 技 師	5 栄 養 士	6 薬 剤 師	7 医 療 ソ ー ワ ー カ ー	8 ホ ー ム ヘ ル パ ー	9 O T ・ P T	10 担 当 事 務 職	11 役 場 の 他	N
福島	町	12 (75.0)	3 (18.8)	1 (6.3)	1 (6.3)	4 (25.0)	1 (6.3)	8 (50.0)	2 (12.5)	0 (0.0)	3 (18.8)	3 (18.8)	16 (100.0)
	保健所	5 (83.3)	4 (66.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	4 (66.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	3 (50.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横浜		14 (100.0)	10 (71.4)	13 (92.9)	6 (42.9)	11 (78.6)	1 (7.1)	14 (100.0)	4 (28.6)	7 (50.0)	6 (42.9)	2 (14.3)	14 (100.0)
計		31 (86.1)	17 (47.2)	15 (41.7)	8 (22.2)	16 (44.4)	3 (8.3)	26 (72.2)	7 (19.4)	8 (22.2)	12 (33.3)	5 (13.9)	36 (100.0)

表Ⅲ－24 結核のケアに保健婦が参加するにあたって、保健婦の役割はどのようなことを分担するか。
(保健婦)

Q 14・Q 19	Q 14 一般的には				Q 19 実際には			
	福 島		横 浜	計	福 島		横 浜	計
	町	保健所			町	保健所		
1 地域や職域の未発見患者の はりおとし	9 (47.4)	3 (50.0)	9 (64.3)	21 (53.8)	6 (31.6)	2 (33.3)	6 (42.9)	14 (35.9)
2 結核検診の受診の呼びかけ	16 (84.2)	6 (100.0)	9 (64.3)	31 (79.5)	17 (89.5)	3 (50.0)	11 (78.6)	31 (79.5)
3 検診時の生活歴・既応歴・ 現症歴等の聞きとり	9 (47.4)	2 (33.3)	8 (57.1)	19 (48.7)	9 (47.4)	2 (33.3)	8 (57.1)	19 (48.7)
4 検診時や診療時の医師の介助	5 (26.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	6 (15.4)	2 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.1)
5 一般住民に対する結核予防 の衛生教育	13 (68.4)	6 (100.0)	13 (92.9)	32 (82.1)	13 (68.4)	3 (50.0)	6 (42.9)	22 (56.4)
6 レントゲン・フィルムの見影	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
7 病像・病型などの診断の確定	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)	1 (7.1)	2 (5.1)
8 治療方針の確定	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.1)
9 結核患者に対する病気の理解 や療養についての指導や援助	16 (84.2)	6 (100.0)	14 (100.0)	36 (92.3)	17 (89.5)	3 (50.0)	14 (100.0)	34 (87.2)
10 患者家族に対する病気の理解 や療養についての指導や調整	17 (89.5)	6 (100.0)	14 (100.0)	37 (94.9)	16 (84.2)	3 (50.0)	14 (100.0)	33 (84.6)
11 在宅患者に対する生活指導 や援助	16 (84.2)	6 (100.0)	13 (92.9)	35 (89.7)	16 (84.2)	3 (50.0)	14 (100.0)	33 (84.6)
12 在宅患者に対する栄養指導	11 (57.9)	5 (83.3)	6 (42.9)	22 (56.4)	12 (63.2)	3 (50.0)	10 (71.4)	25 (64.1)
13 在宅患者の医療費や家庭経 済等についての相談や援助	11 (57.9)	6 (100.0)	11 (78.6)	28 (71.8)	13 (68.4)	3 (50.0)	13 (92.9)	29 (74.4)
14 薬物の指示	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.1)	1 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.1)	1 (2.6)
15 薬の副作用や合併症のチェック	4 (21.1)	2 (33.3)	12 (85.7)	18 (46.2)	4 (21.1)	1 (16.7)	11 (78.6)	16 (41.0)
16 薬の服用についての指導と チェック	10 (52.6)	3 (50.0)	13 (92.9)	26 (66.7)	7 (36.8)	2 (33.3)	14 (100.0)	23 (59.0)
17 結核予防法上の書類作成等 の事務手続き	2 (10.5)	0 (0.0)	1 (7.1)	3 (7.7)	1 (5.3)	0 (0.0)	3 (21.4)	4 (10.3)
18 医療中断患者の訪問や主治 医との連絡	17 (89.5)	6 (100.0)	14 (100.0)	37 (94.9)	14 (73.7)	3 (50.0)	14 (100.0)	31 (79.5)
19 D・K, N・A	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)	1 (7.1)	2 (5.1)
20 計	19 (100.0)	6 (100.0)	14 (100.0)	39 (100.0)	19 (100.0)	6 (100.0)	14 (100.0)	39 (100.0)

これをみると、「必要」とするものが全体で92.3%で、「必要でない」と答えたものは福島の町保健婦の15.8%(3人)のみである。福島の保健所保健婦と横浜とでみるかぎり、一般論と実際とはよく一致しているといえよう。

ところが、「どのような職種との協力が必要とお考えですか」との質問になると、この回答結果と実際場面との差はさらにひらき、とくにその差が福島の町保健婦の回答で目立つ。表Ⅲ-21を比較してみれば明らかであろう。横浜については一般論的には2位の看護婦、3位の臨床検査技師において協力関係が大きくしたまわっているほかは、まずまず建前と実際との一致がみられる。

福島の町保健婦で、建前と実際にこれほどの大きな開きがみられる理由を考えてみるに、やはり大きな要因としては町保健婦の利用できる社会的・人的資源の不足ということが指摘しえよう。その他に実際場面で他の職種とどのように連携すればよいかという技術的訓練の不足なども考えられるがさまざまな要因が存在するように思われるのももっと検討を深める必要がある。

つぎに、「結核のケアに保健婦が参加するにあたって、保健婦の役割はどのようなことを分担するのか」について問うた結果をみてみよう。この設問では、まず一般的にはどう考えるかをリストを示して保健婦の役割と思うものを選んでもらった。そのあとで、実際にはどのようなことをおこなっているかについて同じリストを示して実際におこなっていることを選んでもらったものである。この2つの設問に対する回答結果を表Ⅲ-24に示してある。

表Ⅲ-24をみてみると、全体では、一般論として上位第4位までは、実際にも高率で実践されていることが注目される。すなわち、患者と家族に対する「病気の理解や療養についての指導・調整・援助」、「在宅患者に対する生活指導や援助」、「医療中断患者の訪問や主治医との連絡」などがそれである。しかし、一般論としては81.1%の高

率で第5位にランクされている「一般住民に対する結核予防の衛生教育」は、実際には56.4%となってしまうことも目につくことがらである。

他に、目につく点をあげてみると、保健婦は「結核検診の受診の呼びかけ」(79.5%)は任務と考えているが「検診時や診療時の医師の介助」(15.4%)は任務と考えていないことがわかる。しかも、横浜の保健所保健婦は「医師の介助」を任務と考えているものは皆無であり、福島の町保健婦では26.3%が任務と考えているというのは極めて対照的である。また、「病像・病型などの診断の確定」「治療方針の確定」などの診断治療については保健婦の任務であると考えているものは全体で皆無であるが、実際には福島の町保健婦がきわめて些かではあるがこれをおこなっていると答えているのは福島の町の医療事情を反映しているといえよう。さらに、横浜でみると保健婦業務と考えたことについては、「一般住民に対する結核予防の衛生教育」を除きじつによく基本的なところを全員がおこなっていることがうかがわれる。

最後に、「あなた自身がお考えになっている保健婦の役割や機能の重点のおき方からいえば、現在おこなわれている結核への保健婦のかかわり方についてどのように考えていますか」という設問に対する回答結果をみてみる。表Ⅲ-25がその結果であるが、全体では「現在のままでよい」=28.2%、「現在のあり方には不満や改善すべき点が多いが、法律や制度によって運用されているのだから仕方ないと思う」=41.0%、「結核の問題は少なくなっているので、他の保健問題を積極的にとりあげていくべきだ」=20.5%となっている。

ここで明らかになった点を要約しておくと、

- ① 医師との協力関係はほとんどの保健婦が必要とし、
- ② 一般的には、医師以外の他職種とも協力関係が必要としながら、横浜より福島、さらに福島の保健所保健婦よりも町保健婦において実際に協力関係にあるものが少くその職種の範囲も限

られていること。

表Ⅲ－25 結核への保健婦のかかわり方を保健婦はどう考えているか。

(保健婦)

Q 13		1 現在のまま でよい	2 不満や改善す べき点が多い が仕方ない	3 他の保健問題 を積極的に	4 D・K N・A	計
福 島	町	5 (26.3)	6 (31.6)	5 (26.3)	3 (15.8)	19 (100.0)
	保健所	1 (16.7)	3 (50.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜		5 (35.7)	7 (50.0)	1 (7.1)	1 (7.1)	14 (100.0)
計		11 (28.2)	16 (41.0)	8 (20.5)	4 (10.3)	39 (100.0)

4. 若干の考察

- (1) 医師－保健婦など医療チームの問題を検討する場合に、患者もしくは対象を中心としたどのような医療チームが編成され、どのように役割分担して、どのようなケアを展開するかということが患者＝対象者の問題解決指向と基本的な人権尊重の立場から慎重に検討されなくてはならない。
- (2) 医療チーム内の役割分担の調整が重要だが、そのなかでも本調査では、とくに医師－保健婦の間でどのように役割分担されているのか、役割分担されていないとすればどのように調整されなくてはならないのかというところに照準をあてた。
- (3) この課題を明らかにするために、さらに的を絞り、ここでは「糖尿病」については医師および保健婦の両方に対して、「結核」については保健婦に対して、一般論でまず質問し、それが実際の場面での展開においてどうかいちがってくるのかという組み立ての質問で問うてみた。
- (4) 不十分な設問ではあったが、その結果をみると、労働や生活の調整をおこないつつ療養を展開しなくてはならない－とくに日常の労働

と生活を営む場で療養の継続を必要とするケースや疾病については、医師のみでなく医療チームとして他のスタッフと協力して問題解決を志向したアプローチを展開しなくてはならないということについては、医師と保健婦の一致した考え方であると推定される。

- (5) しかし、「糖尿病」と「結核」でみる限り、実際のケアの場面では必ずしも医療チームとくに地域的な広がりをもつ医療チームの編成がスムーズになされ展開されているとはいえないのが実情と思われる。
- (6) とはいえ、蓄積の豊富な結核患者のケアについては、医師と他職種、とくに保健婦などとの協力関係はとられているといえるのが、新しい課題となってきた糖尿病のような健康障害に対するチーム・ケアは地域的な広がりの中なかではまだ不十分といわなくてはならない。
- (7) また、各職種間の任務分担とくに医師と保健婦の間での任務分担は、医師・保健婦ともに「教育」と「指導」の領域が保健婦が主に担当すべき役割とみており、保健婦にこの認識の割合が高いが、医師の方ではこの分野も自分の任務と考えているものも少ない。

- (8) 調査時における面接での印象からいえば医師と保健婦のアプローチではおのずとその方法・手段にちがいがあるが、分野によっては競合関係が生じ、ひとつのケースにちがった教育や指導がなされ、混乱の生じてくる危険性もあり、協力関係が崩される心配もある。
- (9) しかし、いろいろな困難はあろうが人的および社会的資源がより豊かな都市部において、徐々に地域的な広がりをもったチーム・ケアの考え方や試みがされてきていることがうかがえる。
- (10) 今後の課題として、どのような分野でどのような視点や技術をもつ職種が参加し、慢性的な健康障害へのアプローチの場合にはとくに地域的な広がりをもつどのような医療チームを編成し、それをシステム化していくかという課題があるが、これは問題解決志向と患者および対象の基本的な人権尊重の立場からさらに社会科学的な分析と検討がなされなくてはならない。

Ⅳ 脳卒中後遺症患者のケアと医師－保健婦関係

宗 像 恒 次

1 は じ め に

本章では、脳卒中後遺症患者へのケアが、実際医師や保健婦等のような連携関係の中でなされているのか、またどのような関係を必要としているのかについて仮設構想しようと思う。最初にあらかじめここで用いられる分析枠組から述べてみる。一般に、患者に対するケアが有効に働く前提として、患者と保健医療スタッフ及び保健医療スタッフ間相互の①社会的な役割期待関係としての社会関係と、②相互に承認しあう関係としての人間関係とがそれぞれ相補的であることが必要となる。それについては、脳卒中後遺症患者のケアに携わる医師や保健婦等の社会関係、人間関係についても同様のことがいえろ。もし医師や保健婦等の社会関係が何らかの理由で、両者あるいはどちらかが一定の役割を取得したり、放棄したりしなければならないとき、それによって両者の相補的な関係を崩すと役割誘導的な防衛的關係に発展しがちである。つまり、一方が他方の役割取得を促したり、放棄させたり、両者が同じ役割取得をしようとしたり、放棄しようとしたりする。このことは相互に承認しあう関係である人間関係を悪化させ、おたがいの自我状態を防衛過剰にさせ、さらに社会関係を破綻させる悪循環をもたらす。これは患者にとっては不幸なことであるし、スタッフにとっても空しいことである。このような場合、患者の必要性を充しうる相補的な社会関係をつくりだすことが重要であり、そのために関係者相互が模索し、試行し、そしてその必要性に適合的な関係を見出し、その中で関係者も再社会化される必要があるだろう。本稿は脳卒中後遺症患者のケアをめぐるこのような医師や保健婦等の社会関係の模索の一步としたい。

2 脳卒中後遺症患者についてのケアの経験

まず最初に、調査対象となった医師及び保健婦の脳卒中後遺症患者についてのケアの経験を確認しておく、医師の大半は診療経験があり、現在も診療をしている（表Ⅳ－１～４）。

表Ⅳ－１ 〔地域別〕 自験例としての脳卒中後遺症患者の診療経験

（医師）

	あ る	な い	DK・NA	計
福島	39 (95.2)	1 (2.4)	1 (2.4)	41 (100.0)
横浜	26 (92.9)	2 (7.1)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	65 (94.3)	3 (4.3)	1 (1.4)	69 (100.0)

(%)

表Ⅳ－２ 〔施設規模別〕 自験例としての脳卒中後遺症患者の診療経験

（医師）

	あ る	な い	DK・NA	計
無 床診療所	35 (92.1)	3 (7.9)	0 (0.0)	38 (100.0)
有 床診療所	18 (94.7)	0 (0.0)	1 (5.3)	19 (100.0)
病 院	12 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (100.0)
計	65 (94.2)	3 (4.3)	1 (1.4)	69 (100.0)

(%)

また、保健婦についても同様に大半のものが訪問経験があり、現在も訪問しているが、福島県の保健所保健婦には訪問経験のない者も少なからずいる（表Ⅳ－５）。

表Ⅳ－３ 〔地域別〕脳卒中後遺症患者についての診療経験時期

(医師)

	現在患者が おり診療中	現在患者はいない がここ３年の間に診 療したことがある	ここ３年間患 者はいない	DK・NA	計
福 島	38 (95.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (2.5)	40 (100.0)
横 浜	21 (80.8)	3 (11.5)	2 (7.7)	0 (0.0)	26 (100.0)
計	59 (89.4)	4 (6.1)	2 (3.0)	1 (1.5)	66 (100.0)

(%)

表Ⅳ－４ 〔施設規模別〕脳卒中後遺症患者についての診療経験時期

(医師)

	現在患者がおり 診療中	現在患者はいない がここ３年の間に診 療したことがある	ここ３年間患者 はいない	DK・NA	計
無床診療所	29 (82.8)	3 (8.6)	1 (2.9)	2 (5.7)	35 (100.)
有床診療所	17 (89.4)	0 (0.0)	1 (5.3)	1 (5.3)	19 (100.)
病 院	11 (91.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (100.)
計	57 (86.4)	4 (6.1)	2 (3.0)	3 (4.5)	66 (100.)

(%)

表Ⅳ－５ 〔地域別・施設種類別〕脳卒中後遺症患者への訪問経験

(保健婦)

		現在訪問してい る	今までにはある が、今はない	今までにない	計
福 島	町	19 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (100.0)
	保健所	2 (33.3)	1 (16.7)	3 (50.0)	6 (100.0)
横浜 保健所		14 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		35 (89.7)	1 (2.6)	3 (7.7)	39 (100.0)

(%)

3 ケアの中での医師と保健婦との役割分担

このように福島県の保健所保健婦を除いて、大半の医師、保健婦が脳卒中後遺症患者のケアに携わっているが、具体的にはどのような内容のケアをしているのであろう。医師についてみると、そのケアの中心的なものは鑑別診断・治療の実施、再発・合併症のチェックと予防、生活指導であり、調査対象者の80%以上の者がおこなっている。しかし、機能回復訓練については半数の者しかおこなっていない（表Ⅳ－6）。他方、保健婦について

みると、療養上の世話や機能回復訓練の援助は75%以上、保健指導は70%弱の者がおこなっており、保健婦のケアの中心的なものといえる。職業復帰の援助や診療の介助についてはほとんどおこなわれていない。これらは地域別・施設種類別に格差があり、横浜の保健所保健婦は療養上の世話や機能回復訓練の援助、保健指導を全員おこなっており、また福島の町保健婦は60～70%の者がおこなっているが、福島の保健所保健婦は余り実施していない（表Ⅳ－7）。

表Ⅳ－6 〔地域別・施設規模別〕脳卒中後遺症患者についての日頃の診療業務（複数回答）
（医師）

		鑑別診断 治療の実 施	再発・後 遺症のチ ェックと その予防	生活指導	機能訓練 の 方 針 をたてる	機能訓練 の実施	その他	DK・ N A	N
福 島	無 床 診療所	8 (72.2)	8 (72.7)	7 (63.6)	2 (18.2)	1 (9.1)	2 (18.2)	2 (18.2)	11 (100.0)
	有 床 診療所	12 (85.7)	12 (85.7)	12 (85.7)	9 (64.3)	6 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
	病 院	5 (83.3)	4 (66.7)	5 (83.3)	5 (83.3)	5 (83.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	6 (100.0)
	小 計	25 (71.4)	24 (68.6)	24 (68.6)	16 (45.7)	12 (34.3)	3 (8.6)	2 (5.7)	31 (100.0)
横 浜	* 浜	10 (62.5)	11 (68.8)	12 (75.0)	7 (43.8)	5 (31.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (100.0)
計		35 (68.6)	35 (68.6)	36 (70.6)	23 (45.0)	17 (33.3)	3 (5.9)	2 (3.9)	47 (100.0)

* 横浜は有床診療所のみのデータしかえられていない。

(%)

表Ⅳ－7 〔地域別・施設種類別〕脳卒中後遺症患者についての日頃の保健婦業務（複数回答）
（保健婦）

		保 健 指 導	療養上の世 話の援助	機能の回復 の援助	職業復帰の 援助	診療の介助	そ の 他	N
福 島	町	12 (63.2)	14 (73.6)	13 (68.4)	4 (21.1)	0 (0.)	3 (15.8)	19 (100.0)
	保健 所	1 (16.7)	2 (33.3)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜		14 (100.0)	14 (100.0)	14 (100.0)	7 (50.0)	1 (7.1)	2 (14.3)	14 (100.0)
計		27 (69.2)	30 (76.9)	30 (76.9)	11 (28.2)	1 (2.6)	5 (12.8)	39 (100.0)

(%)

これは福島県の場合、町と保健所とが対象別に役割分担しているため、老人に多い脳卒中後遺症患者についてのケアは町保健婦に分担されていると推測される。これらを見る限り、医師は診断・治療の実施、再発・合併症のチェックと予防、生活指導を中心的に役割分担しており、保健婦は療養上の世話、機能回復訓練の援助、保健指導が中心であると考えられる。これらをもう少し具体的に検討するために、まず保健・生活指導、療養上の世話の指導についての個々の内容についてみると、前述の理由から福島の保健所保健婦を除くと、

医師や保健婦の比較的多くの人がおこなっている（表Ⅳ－８，９）。これは施設規模別に格差があり、有床診療所や病院は無床診療所に比べると若干多い（表Ⅳ－９）。地域別にみると余り差がない。他方、保健婦については82.1%の人が食生活の指導をおこなっているが、地域・施設種類別に差があり、福島の町保健婦よりも横浜の保健所保健婦の方が実施者が多く、全員がおこなっている。このことは「運動・休息・睡眠などの指導」、「日常生活動作の心得の指導」についてもほぼ同様のことがいえる（表Ⅳ－８，表Ⅳ－９）。

表Ⅳ－８〔地域別・施設種類別〕脳卒中後遺症患者についての日常の保健指導（複数回答）
（保健婦）

		食生活の 指 導	運動・休息 睡眠の指導	日常生活動作の心得の 指 導	検温・血圧 管 理	定期的受診 勧 奨	精神生活 の 援 助	服薬指導
福	町	16 (84.2)	14 (73.7)	14 (73.7)	1 (57.9)	9 (47.4)	11 (57.9)	8 (42.1)
島	保健所	2 (33.3)	2 (33.3)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	2 (33.3)
横	浜	14 (100.0)	13 (92.8)	14 (100.0)	14 (100.0)	14 (100.0)	12 (85.7)	13 (92.9)
	計	32 (82.1)	29 (74.4)	29 (74.4)	26 (66.7)	24 (61.5)	24 (61.5)	23 (59.0)

		家族などに対する介護の指導・援助						DK・ NA	N
		排 泄	清 潔	体位交換	褥 創 の 処 理	救急看護	環境条件 の 整 備		
福	町	12 (63.2)	18 (94.6)	16 (84.2)	17 (89.5)	6 (31.6)	9 (47.4)	0 (0.0)	19 (100.0)
島	保健所	2 (33.3)	2 (33.3)	1 (16.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	6 (100.0)
横	浜	14 (100.0)	14 (100.0)	14 (100.0)	14 (100.0)	12 (85.7)	13 (92.9)	0 (0.0)	14 (100.0)
	計	28 (71.8)	34 (87.2)	31 (79.5)	32 (82.1)	18 (46.2)	24 (61.5)	0 (0.0)	39 (100.0)

(%)

「定期的な受診勧奨」、「血圧管理指導」、「服薬指導」については、福島の町保健婦の実施者が50%前後になるに比べ、横浜の保健所保健婦は100%近くと、積極的におこなわれている。

「レクリエーション、家族間の人間関係など精神生活の指導や援助」については医師、保健婦両者とも実施者が少なくなる。

また、「家族などに対する介護の指導や援助」については、当然であるが医師に比べ保健婦の実施者が多い。

機能回復訓練の指導については、前述したように保健婦に比べ医師の実施者が少なくなっている。日頃「機能回復訓練の方針」をたてるという人は全体の52.2%であるが、「機能回復訓練の実施」

では36.2%になる。さらにこれを詳しくみると、「最初からすべて自分で訓練を実施しては」人はわずか2.9%であり、「訓練の最初だけ実施する」人が14.5%、「訓練の方針をたてるために実施する」人が18.8%である。実際の全般的な実施

者について医師は家族・新歳（14.5%）、マッサージ師等（13.0%）、理学療法士等（8.7%）、看護婦等（8.7%）、保健婦（5.8%）、ヘルパー（5.8%）と答えている（表IV-10）。

表IV-9 〔施設規模別〕日頃の脳卒中後遺症患者の生活指導等（複数回答）

(医師)					
	食生活についての指導	運動・休息・睡眠などの指導	血圧管理についての指導	日常生活動作の心得についての指導	定期的な受診の必要性についての指導
無床診療所	22 (73.3)	22 (73.3)	21 (70.0)	21 (70.0)	19 (63.3)
有床診療所	11 (78.6)	12 (85.7)	10 (71.4)	9 (64.3)	11 (78.6)
病 院	5 (83.3)	5 (83.3)	5 (83.3)	5 (83.3)	5 (83.3)
計	51 (73.9)	51 (73.9)	48 (69.6)	46 (66.7)	42 (60.9)

	レクリエーション, 家族の人間関係など精神生活についての指導	家族などに対する介護についての指導	服薬についての指導	DK・NA	N
無床診療所	20 (66.7)	18 (60.0)	15 (50.0)	4 (13.3)	30 (100.0)
有床診療所	9 (64.3)	9 (64.3)	10 (71.4)	1 (7.1)	14 (100.0)
病 院	4 (66.7)	4 (66.7)	4 (66.7)	0 (0.0)	6 (100.0)
計	37 (53.6)	37 (53.6)	32 (46.4)	12 (17.4)	50 (100.0)

(%)

表IV-10 医師がみた脳卒中後遺症患者に対する実際の全般的な機能訓練の実施者（複数回答）
(医師)

	看護婦(士) 准看護婦(士)	看護助手 見習看護婦	保健婦	自院の保健婦	家族親戚
実施者	6 (8.7)	3 (4.3)	4 (5.8)	0 (0.0)	10 (14.5)

	理学療法士 作業療法士 言語訓練士	マッサージ師 指圧師	ホームヘルパー	その他	DK・NA	N
実施者	6 (8.7)	9 (13.0)	4 (5.8)	6 (8.7)	0 (0.0)	69 (100.0)

(%)

4 ケアの中での医師と保健婦の役割期待

以上が医師、保健婦の脳卒中後遺症患者のケアにおけるそれぞれの役割分担の現状である。次に、そのような中で医師が保健婦等に、また保健婦が医師等にどのような役割期待をもっているかについてみてみよう。まず医師の保健婦等への役割期待についてである。前述のように医師の大半は脳卒中後遺症患者のケアにあたっているが、そのケアを進める際、「医師だけで十分である」と考えている人は4.3%と少なく、むしろ「医師以外のスタッフとも協力が必要だ」という人が91.4%と断然多い（表Ⅳ-11）。そして、医師以外のスタッフとしては理学療法士、作業療法士、言語療法士85.8%、保健婦69.6%、マッサージ師・指圧師58.0%、看護婦43.5%、准看護婦34.8%、ソーシャルケースワーカー34.8%などの割合で医師の期待がみられる。この期待の割合は病院の医師など施設規模の大きいところに勤務する医師程多くなる傾向がある（表Ⅳ-12）。これは調査対象となった病院などは「日常診療に忙しく手がまわらない」状態が多く（表Ⅳ-20）、全般的に生活指などの業務を他のスタッフに移譲する傾向がある（表Ⅳ-15）ため、と推測され、他のスタッフへの役割期待が全般的に高い。そして、実際的にも、日頃多くのスタッフとの役割分担の中で仕事すすめられており、このことを反映した結果であると思われる。

一方、保健婦については脳卒中後遺症患者のケアに協力が必要と思われるスタッフは、医師87.2%、ホームヘルパー82.1%、理学療法士、作業療法士71.8%などの割合となっている。これは地域差が大きい（表Ⅳ-13）。福島の町保健婦に比べ、横浜の保健婦の方が協力を求めるスタッフの割合が高い。これは、一つには福島に比べ横浜は各職種の数が多く、役割期待しうるスタッフがいるからであり、実際的にも協力関係ができていたためと考えられる（表Ⅳ-14）。では実際上、日頃の協力者となっているスタッフをみると、医師（79.5%）、ホームヘルパー（61.5%）看護婦（30.8%）などになっている。理学療法士などは協力者として必要とされながらも、実際上は協力関係にないということである。

それでは、具体的には相互の間にどのような役割期待をもっているのであろう。医師の場合保健・生活指導、療養上の世話としては、「日常生活動作の心得の指導」、「精神生活の指導」、「食生活の指導」、「家族等に対する介護指導」、「運動、休息等の指導」などは、医師の指示のもとでは医師以外のスタッフでもおこなえとし、それが必要と答える医師は60%前後いる（表Ⅳ-15）。そして、そのスタッフとしては保健婦等がよいと答える医師も同じように60%前後いる（表Ⅳ-16）。

表Ⅳ-11 〔施設規模別〕医師以外のスタッフとの協力の必要

(医師)

	医師のみで十分	医師以外のスタッフとも協力	DK・NA	計
無 床 診 療 所	2 (5.3)	34 (89.4)	2 (5.3)	38 (100.0)
有 床 診 療 所	1 (5.3)	17 (89.4)	1 (5.3)	19 (100.0)
病 院	0 (0.0)	12 (100.0)	0 (0.0)	12 (100.0)
計	3 (4.3)	63 (91.4)	3 (4.3)	69 (100.0)

(%)

これは施設規模別にみると差があり、病院などは保健婦を含めた医師以外のスタッフに期待する人が多いといえる（表Ⅳ－12）。

次に保健婦の場合、医師には診断・治療、合併症などのチェック、生活指導、そしてそれらについての指示、患者についての情報提供、専門医紹介等を期待し、ヘルパーには在宅での療

養上の世話、理学療法士等には機能回復訓練の実施、ケースワーカーには経済生活面での援助、入院先の紹介、看護婦には施設での療養上の世話と患者についての情報提供などをそれぞれ期待している。これも地域別・施設種類別には差はあり、横浜の保健所保健婦は他より多くの職種に多くの役割期待をもっている（表Ⅳ－13）。

表Ⅳ－12 〔施設規模別〕医師がスタッフとして協力を必要としている職種（複数回答）
（医師）

	理学療法士 作業療法士 言語療法士	マッサージ師 指圧師	はりきゅう あんま	看護婦	准看護婦士	看護助手 見習看護婦	保健婦
無床診療所	31 (81.6)	19 (50.0)	3 (7.9)	13 (34.2)	8 (21.1)	6 (15.8)	25 (65.8)
有床診療所	16 (84.2)	15 (78.9)	6 (31.6)	9 (47.4)	9 (47.4)	7 (36.8)	14 (73.7)
病 院	12 (100.0)	6 (50.0)	1 (8.3)	8 (66.7)	7 (58.3)	5 (41.7)	9 (75.0)
計	59 (85.5)	40 (58.0)	10 (14.5)	30 (43.5)	24 (34.8)	18 (26.1)	48 (69.6)

	自 院 の 保 健 婦	栄 養 士	薬 剤 師	ソーシャル ケ ー ス ワ ー カ ー	臨床検査技師 治療X線技師	その他	D K N A	N
無床診療所	4 (10.5)	10 (26.3)	3 (7.9)	13 (34.2)	10 (26.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	38 (100.0)
有床診療所	3 (15.8)	5 (26.3)	2 (10.5)	5 (26.3)	8 (42.1)	1 (5.3)	1 (5.3)	19 (100.0)
病 院	2 (16.7)	3 (25.0)	2 (16.7)	6 (50.0)	4 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (100.0)
計	9 (13.0)	18 (26.1)	7 (10.1)	24 (34.8)	22 (31.9)	1 (1.4)	1 (1.4)	69 (100.0)

(%)

表Ⅳ－13 〔地域別〕保健婦が協力を必要と思っている職種（複数回答）

（保健婦）

	医 師	看 護 婦	准 看 護 婦	理 学 療 法 士 作 業 療 法 士	言 語 療 法 士	マ ッ サ ー ジ 師 指 圧 師
福 町	16 (84.2)	2 (10.5)	1 (5.3)	12 (63.2)	5 (26.3)	3 (15.8)
島 保健所	4 (66.6)	3 (50.0)	0 (0.0)	3 (50.0)	2 (33.3)	0 (0.0)
横 浜	14 (100.0)	13 (92.9)	2 (14.3)	13 (92.8)	13 (92.9)	2 (14.3)
計	34 (87.2)	18 (46.2)	3 (7.7)	28 (71.8)	20 (51.3)	5 (12.8)

		ハリ、キュウ あ ん ま	ホ ー ム ヘルパー	栄 養 師	(医療) ソー シャルワーカー	そ の 他	N
福	町	1 (5.3)	15 (78.9)	3 (15.8)	2 (10.5)	1 (5.3)	19 (100.0)
島	保健所	0 (0.0)	3 (50.0)	1 (16.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	6 (100.0)
横	浜	2 (14.3)	14 (100.0)	13 (92.8)	14 (100.0)	3 (21.4)	14 (100.0)
	計	3 (7.7)	32 (82.1)	17 (43.6)	17 (43.6)	4 (10.3)	39 (100.0)

(%)

表Ⅳ－14 〔地域別・施設種類別〕保健婦の協力者となっている職種（複数回答）

（保健婦）

		医 師	看 護 婦	准 看 護 婦	理学療法士 作業療法士	言語療法士	マッサージ師 指 圧 師
福	町	13 (68.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)
島	保健所	4 (66.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
横	浜	14 (100.1)	10 (71.4)	0 (0.0)	3 (21.4)	2 (14.3)	2 (14.3)
	計	31 (79.5)	12 (30.8)	0 (0.0)	3 (7.7)	2 (5.1)	3 (7.7)

		ハリ、キュウ あ ん ま	ホ ー ム ヘルパー	栄 養 士	(医療) ソー シャルワーカー	そ の 他	N
福	町	1 (5.3)	12 (63.2)	1 (5.3)	1 (5.3)	0 (0.0)	19 (100.0)
島	保健所	0 (0.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	6 (100.0)
横	浜	0 (0.0)	10 (71.4)	8 (57.1)	9 (64.3)	2 (14.3)	14 (100.0)
	計	1 (2.6)	24 (61.5)	9 (23.1)	11 (28.2)	2 (5.1)	39 (100.0)

(%)

表Ⅳ－15 〔地域別〕医師以外のスタッフが医師の指示のもとに
おこなってもよい生活指導等（複数回答）

（医師）

	食生活 指 導	運動・休息 ・睡眠指導	血圧管理 指 導	日常生活 動作の心得 指 導	定期的な 受 診 の 勧 奨	精神生活 の 指 導	家族などに 対する介護 指 導	服薬指導	N
福島	28 (68.2)	26 (63.4)	22 (53.7)	30 (73.2)	25 (61.0)	28 (68.3)	27 (65.9)	21 (51.2)	41 (100.0)
横浜	17 (60.9)	14 (50.0)	9 (32.1)	15 (53.6)	13 (46.4)	16 (57.1)	16 (57.1)	9 (32.1)	28 (100.0)
計	45 (65.2)	40 (58.0)	31 (44.9)	45 (65.2)	38 (55.1)	44 (63.8)	43 (62.3)	30 (43.5)	69 (100.0)

(%)

表Ⅳ－16 〔地域別〕保健婦が医師の指示のもとにおこなってよいと

(医師)
思われている生活指導等（複数回答）

	食生活 指 導	運動・休息 ・睡眠指導	血圧管理 指 導	日常生活 動作の心得 指 導	定期的受 診の勧奨	精神生活 の 指 導	家族などに 対する介護 の 指 導	服薬指導	N
福島	28 (68.3)	27 (65.9)	27 (65.9)	30 (73.0)	26 (63.4)	28 (68.3)	28 (68.3)	25 (61.0)	41 (100.0)
横浜	15 (53.5)	13 (46.4)	8 (28.6)	15 (53.6)	13 (46.4)	15 (53.6)	15 (53.6)	7 (25.0)	28 (100.0)
計	43 (62.3)	40 (58.0)	35 (50.7)	45 (65.2)	39 (56.5)	43 (62.3)	43 (62.3)	32 (46.4)	69 (100.0)

(%)

5 医師や保健婦等の役割調整の必要性

ところで、医師や保健婦の多くは脳卒中後遺症患者のケアにおける自分達の役割遂行が必ずしも十分ないことをみとめている。医師については、約50%の人がそのケアの中での苦労経験について答えているが、その経験の内訳は、「通院の中断」(31.9%)、「家族などが介護をうまくできない」(27.5%)、「生活指導が守られない」(24.6%)、「服薬が守られない」(21.7%)などになっている(表Ⅳ－17)。また、日頃必要と思いつながらも実行できないと思われているケアとして「精神生活の援助や指導」(18.8%)、「家族などに対する介護の指導」(14.5%)、「定期的な受診勧奨」(7.2%)、「運動・休息・睡眠などの指導」(5.8%)などがあげられている(表Ⅳ－18)。このような結果にみられる状況の中で、多くの医師はとくに対策や手だてをとっていないのが現状である(表Ⅳ－19)。「定期的な来診をうながし、ときどき医師が患者宅を訪問し様子をみたり」、「市町村

や保健所の保健婦に訪問してもらい、指示内容のチェックや生活指導や介護上の指導などをしてもらっている」人は余り多くない。

それは「とくに手だてをとらなくてもケアを円滑にすすめることができる」と考えている人(27.8%)もいる、半数以上は「気にしているが日常診療が忙しく手がまわらない」(33.3%)とか、「患者自身の問題であるから、医師の指示を守らない以上、手だてをとることはないと考えているから」(19.4%)という人であり(表Ⅳ－20)。問題をみとめても十分対応できていないことを示している。その意味では、医師から保健婦等に期待されている保健・生活指導、療養上の世話を中心とした連携が医師、保健婦等に必要である。とりわけ、前述したように病院など施設規模の大きいところの医師に連携の必要感が高く、保健婦などが比較的早くとりくみうる課題と思われる。

また、機能回復訓練についても、前述のように実施している医師は少ない。

表Ⅳ－17 〔地域別〕脳卒中後遺症患者のケアでの苦労経験の内容（複数回答）

(医師)

	通院の 中 断	血圧管理 が守ら れない	生活指導 が守ら れない	服薬が 守られ ない	家族などが 介護がうま くできない	そ の 他	DK・NA	N
福 島	13 (31.7)	8 (19.5)	10 (24.4)	9 (22.0)	14 (34.1)	4 (9.8)	0 (0.0)	41 (100.0)
横 浜	9 (32.1)	4 (14.3)	7 (25.0)	6 (21.4)	5 (17.9)	1 (3.6)	0 (0.0)	28 (100.0)
計	22 (31.9)	12 (17.4)	17 (24.6)	15 (21.7)	19 (27.5)	5 (7.2)	0 (0.0)	69 (100.0)

(%)

表Ⅳ－18 〔地域別〕日頃必要と思いつながら実行できない生活指導等(複数回答)

(医師)

	食生活 指 導	運動・休息 ・睡眠指導	血圧管理 指 導	日常生活 動作の心得 指 導	定期的 受診勧奨	精神生活 の指 導	家族などに 対する介護 指 導	服薬指導	N
福 島	1 (2.4)	2 (4.9)	0 (0.0)	1 (2.4)	2 (4.9)	7 (17.1)	5 (12.2)	0 (0.0)	41 (100.0)
横 浜	2 (7.1)	2 (7.1)	2 (7.1)	0 (0.0)	3 (10.7)	6 (21.5)	5 (17.9)	1 (3.6)	28 (100.0)
計	3 (4.3)	4 (5.8)	2 (2.9)	1 (1.4)	5 (7.2)	13 (18.8)	10 (14.5)	1 (1.4)	69 (100.0)

(%)

表Ⅳ－19 〔地域別〕脳卒中後遺症患者に対する治療、療養上の世話、
機能訓練を円滑に進める手だてや工夫

(医師)

	特 に 手だてなし	医師が患者 宅を訪問	自院の看護 婦が訪問	保 健 婦 が 訪 問	そ の 他	DK・ N A	計
福島	21 (53.8)	9 (23.1)	0 (0.0)	4 (10.3)	5 (12.8)	0 (0.0)	39 (100.0)
横浜	13 (52.0)	5 (20.0)	1 (4.0)	3 (12.0)	2 (8.0)	1 (4.0)	25 (100.0)
計	34 (53.1)	14 (21.9)	1 (1.6)	7 (10.9)	7 (10.9)	1 (1.6)	64 (100.0)

(%)

表Ⅳ－20 保健婦と医師との連携関係別にみた、とくに手だてをしていない理由

(医師)

	特に手だてをとら なくとも円滑に行 えているから	患 者 自 身 の 問 題	日 常 治 療 が 忙 し い	そ の 他	DK・ N A	計
保健婦は医師の 仕事を補助する	8 (36.4)	3 (13.6)	8 (36.4)	2 (9.1)	1 (4.5)	22 (100.0)
保健婦と医師と は協力関係	2 (14.3)	4 (28.6)	4 (28.6)	4 (28.6)	0 (0.0)	14 (100.0)
計	10 (27.8)	7 (19.4)	12 (33.3)	6 (16.7)	1 (2.8)	36 (100.0)

(%)

また、実施している医師は、「機能訓練の開始時期」(34.8%)、「合併症の有無など身体の状態」(27.5%)、「患者の将来の職業、家族生活の適応問題」(14.5%)、「機能訓練の量と回数」(15.9%)、「機能訓練への本人・家族の意欲の度合」(26.1%)、などについて日頃と全く軽視されやすいと答えている。これらの問題を解決する主な手段の一つとして、医師、理学療法士等、保健婦ヘルパー、ワーカーなどの有機的な連携によって

互いの不足するものを補充しあうことは必要不可欠なことであろう。

他方、保健婦についても、「介護がうまくなされていない」、「介護者がいない」、「介護者の健康問題」など、脳卒中後遺症患者へのケアの苦勞について答えているが、「(リハビリテーション設備のある)入院先がない」、「医師から機能回復訓練の指示がない」、「自分の機能回復訓練技術が十分でない」などで問題をしりながらも十

分な対応ができないことを認めている。その意味では、介護についてヘルパー等との連携、保健・生活指導について医師、看護婦、栄養士等との連携、機能回復訓練について医師、理学療法士・作業療法士・言語療法士などとの連携、リハビリ施設、病院などのスタッフとの連携をすすめる必要性は高い。

また、「レクリエーション、家族間の人間関係などの精神生活の援助や指導」については、医師や保健婦等のとりくみがとりわけ不十分な分野であるが、連携だけですむ問題とは思われないので、今後検討が必要とされる。

6 医師や保健婦等の役割調整の展望

このように医師や保健婦等の連携の必要性は高いが、どうすれば必要な連携をおしすすめることができるだろう。比較的にすすめられやすいのは、前述の病院の医師などのように保健婦等との連携の必要感の高いところへ保健婦がかかわったり、横浜の保健所保健婦のように医師等との連携の必要感のあるところへ医師がかかわる場合である。それは連携し役割分担を調整することが、相手の必要感を充し、相互が認め合うことになるからである。換言すれば、人間関係がつくられやすいということである（もちろん、個別的にはいろいろな場合があるので、すべてが当てはまるわけではない）。問題は連携についての必要感のないスタッフへどのようにかかわるかである。この場合の連携への手がかりをさぐるために、脳卒中後遺症患者のケアの協力者として、「保健婦をえらんでいる医師」と「そうでない医師」の意識を比較し、その差の背景について考えてみよう。「保健婦を協力者として考えている医師」は「そうでない医師」に比べて、保健婦の活動を期待している人が多く（71.4%≫11.4%）、また保健婦は医師の期待する業務を遂行する能力をもっていると考えられる人（68.6%≫8.6%）、保健婦は自分に与えられた役割をやりとげる意欲があると考えられる人（60.

0%≫17.1%）、保健婦はその責任感があると考える人（57.1%≫17.1%）が多く、その点において保健婦にプラスの評価を与えている医師に保健婦を協力者とみる者が多いことがわかる。また、それらの医師は保健婦と業務でかかわった医師に多い。つまり、保健婦との協力が必要と考える医師は、保健婦と業務上かかわり、前述の点でプラスの評価をもっていること¹⁾である。面接調査によるいくつかの事例で確かめられたことであるが、保健婦のこのような評価は、経験的に医師が保健婦とのかかわりの中でえていることが多い。このことは医師から保健婦にかかわる場合についても同様であろうと思う。

次に、連携のあり方について考えてみよう。医師と保健婦等がかかわるとしても、医師の補助者として保健婦がかかわるのか、協力者・共同者としてかかわるのかによって連携関係がことなる。保健婦を協力者・共同者とみる病院等に多い医師のところへ（表IV-21）、保健婦が協力者としてかかわる場合は相手の考え方を認めあい、人間関係がつくれやすく、連携関係もできやすい。しかし、保健婦を補助者とみる医師のところへ協力者としてかかわることは連携関係がつくれにくい。また、逆に旧教育制度保健婦などに何人かみられたが、保健婦自身が医師の補助者とみなす人のところへ、保健婦を協力者としてみる医師がかかわる場合でも同様に連携関係はできにくいだろう。

ところで、医療社会学的見地からいって脳卒中²⁾後遺症患者のように障害者行動（Impaired-role behavior）として保健医療スタッフとかがかわる場合は、伝染病患者、急性期患者のかかわりとは異って、ケアの協力者・共同者という立場がかなり必要とされる。つまり、患者、医師、保健婦との関係は、協力・共同関係が要求される。調査結果からみると、このような関係の中では、医師は「患者に定期的な来診をうながし、ときどき医師が患者宅を訪問して様子をみたり、指導をしているとか、

定期的な来診をうながすだけではなく、保健婦などと連絡をとって、保健婦に患者宅を訪問してもらい、指示内容のチェックや生活指導や介護上の指導などをしてもらっている」ことが多くなる（57.9%≫10.0%）。また、そのような関係の中で保健婦を協力者としてかわる医師は、補助者としてかわる医師に比べ、保健婦の活動を期待している人が多く（73.7%≫50.0%、また保健婦は医師の期待する業務を遂行する能力をもっていると考えられる（68.4%≫55.0%）、保健婦は自分に与えられた役割

をやりとげる意欲があると考えられる人（68.4%≫40.0%）などが多く、その点においてプラスの評価を与えている医師に多いことがわかる。この意味では保健婦と医師との人間関係がつくられやすく、連携関係もできやすいであろう。そして、そのような協力関係の中では、保健婦などが患者の病状について質問されたとき、「病状の説明だけにとどめる」のではなく、「病状についてよく説明し、自分の方針を理解させ、保健婦などがこちらに必要な連絡をとれるようにする」といった有機的な連携をとる人が多いと思われる（表Ⅳ-22）。

表Ⅳ-21 施設規模別にみた他職種との連携関係（複数回答）

（医師）

	診 療 所		病 院			
	A スタッフは医師 の補助をする	B 医師とスタッフ は協力関係	a スタッフは医師 の補助をする	b 医師とスタッフ は協力関係	A + a 計	B + b 計
理学療法士 作業療法士 言語療法士	20 (35.1)	27 (47.4)	4 (33.3)	8 (66.7)	24 (34.8)	35 (50.7)
マッサージ師 指 庄 師	18 (31.6)	16 (28.0)	3 (25.0)	3 (25.0)	21 (30.4)	19 (27.5)
ハリキュウ あ ん ま	4 (7.0)	4 (7.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	5 (7.2)	5 (7.2)
看 護 婦 (出)	17 (29.8)	5 (8.8)	3 (25.0)	5 (41.7)	20 (29.0)	10 (14.5)
准看護婦 (出)	13 (22.8)	3 (5.3)	4 (33.3)	3 (25.0)	17 (24.6)	6 (8.7)
看護助手 見習看護婦	11 (19.3)	2 (3.5)	4 (33.3)	1 (8.3)	15 (21.7)	3 (4.3)
保健婦（保健 所・市町村）	19 (33.3)	20 (35.1)	1 (8.3)	8 (66.7)	20 (29.0)	28 (40.6)
自院の保健婦	4 (7.0)	3 (5.3)	1 (8.3)	1 (8.3)	5 (7.2)	4 (5.8)
栄 養 士	10 (17.5)	5 (8.8)	1 (8.3)	2 (16.7)	11 (15.9)	7 (10.1)
薬 剤 師	4 (7.0)	2 (3.5)	2 (16.7)	0 (0.0)	6 (8.7)	2 (2.9)
ソーシャル ケースワーカー	4 (7.0)	14 (24.6)	2 (16.7)	4 (33.3)	6 (8.7)	18 (26.1)
臨床検査技師 診療 X線技師	11 (19.3)	4 (7.0)	1 (8.3)	3 (25.0)	12 (17.4)	7 (10.1)
そ の 他	0	0	0	0	0	0
DK・NA	0	0	0	0	0	0

(%)

表Ⅳ－22 脳卒中後遺症患者についての保健婦と医師との連携のあり方別にみた

保健婦等に患者の症状についての質問をされたときの対応

(医師)

	経験なし	症状について説明し、 保健婦等が連絡をと れるようにしている	症状の説明 だけ	そ の 他	計
保健婦は医師の 補助をする	3 (20.0)	7 (46.7)	4 (26.7)	1 (6.7)	15 (100.0)
保健婦と医師と は協力関係	2 (10.5)	15 (78.9)	1 (5.3)	1 (5.3)	19 (100.0)
DK・NA	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
計	5 (14.3)	23 (65.7)	5 (14.2)	2 (5.7)	35 (100.0)

7 結 言

脳卒中後遺症患者のケアの中で、医師、保健婦等が保健・生活指導、介護、機能回復訓練などにおいて連携する必要性は大きいし、また調査対象となった病院医師、横浜保健所保健婦などについては、そのような連携の必要感もより強くみられた。

ところで、このような連携についての必要感の強い者への連携は役割期待上相補的ならば比較的容易であろう。それは連携自体が相互の必要感を充し、人間関係がつくれやすいからである。反対に、そうでない者との連携は難しいが、連携すべき職種への必要感については、概してかわった経験上での評価に動機づけられていることが、調査結果から示唆された。従って、必要な連携が当初難しい場合についても、まず相手の職種の連携への必要感を高めようとする努力から始める他ないだろう。もちろん、これらは連携の際の役割期待関係が相補的である場合にあってはまることであるが、医師と保健婦等との間には療養上の世話、保健・生活指導など、相補的な形で役割期待がみられることは前述のように少なからずある。

また、その連携のあり方についてみると、脳卒中後遺症患者のケアにおいて、保健婦を協力・協同者としてみる医師は、補助者としてみる医師に

比べて、「患者への自分のケアの方針を理解してもらうことに努力を払い、通院の中断や生活指導が守られない患者などのケアをより円滑にすすめるためにくふうをしている」人が多く、また保健婦に対しても「症状についてよく説明し、自分の方針を理解させる努力を払い、保健婦がこちらに必要な連絡をとれるようにする」といった有機的な連携をとろうとする人が少なくない。すなわち、医師と保健婦等とは、協力・協同としての連携関係をとることによって、患者の必要性に応じたケアのための有機的な連携が生れやすくなるものと示唆される。ここではそのような仮設命題をたて、今後の本調査によるの検証を期したい。

注

- 1) 横浜市旭区医師会会員面接調査(昭和50年)
- 2) Cf. Gordon, G., Role Theory & Illness A Sociological Perspective

自分の能力の範囲内で、普通の行動をふたたび始められるように仕向けられる役割期待等に動機づけられる行動である。

V (補章) 保健婦の業務に対する意識

牧 野 忠 康

は じ め に

保健婦が自分の仕事についてどのような評価をもち、どのような困難にうちかちながら保健婦業務を遂行しているのかについてみてみようと思う。

設問としては、保健婦の意識と生活に関する実態をつかむということは、調査票のボリュームなどの関係で困難と思われたので、保健婦が自分自身の仕事についてどのような評価をもち、また他者が自分をどう評価しているかというところに照準をあててみた。また、保健婦業務を遂行するにあたっての生活上の問題についてや職場の人間関係、さらに自らの健康・家庭生活と業務の両立の困難性などの一端を問うてみたにとどまっている。

医師と保健婦の関係について検討を深めていくためには、医師および保健婦の教育・養成・訓練の問題、社会的評価の問題、業務遂行のための社会的環境条件や労働条件そしてそれぞれが営んでいる生活の問題をふくめてそのちがいを検討することが必要となる。しかし、本調査では全くおこなうことができなかったし、保健婦のそれについても全く不十分な調査しかできていないので、今後の調査・研究課題としたい。

1. 保健婦は自らをどう評価しているか

まず、「あなたの活動は、地域住民に支持され、期待されていると思いますか。」と問うてみたので、その結果を表V-1によりみてみよう。

全体でみると92.3%が「支持され、期待されている」と思っており、うち25.6%が「たいへん支持され、期待されている」と思い、66.7%が、「まあまあ支持され、期待されている」と思っている。地域別でみると、福島では町、保健所いずれも約3分の1のものが「たいへん支持され、期待されている」と答えているのに対し、横浜では14.3% (2.1) が「たいへん支持され、期待されている」と思っているにすぎない。さらに、横浜では「あまり支持され期待されているとは思わない」というものが1人 (7.1%) だけいる。なお、「支持され、期待されていない」と答えたものはひとりもない。

つぎに、「あなたの活動は地域の医師らに認められていると思いますか」と問うてみた。その回答結果が表V-2である。

全体では59.0%が、「医師から認められている」と思っている。地域別にみると福島の保健所で66.7%が「まあまあ認められている」と思っており「たいへん認められている」と思うものは

表V-1 あなたの活動は、地域住民に支持され、期待されていると思いますか。
(保健婦)

Q34		1 たいへん支持 され期待され ていると思う	2 まあまあ支持 され期待され ていると思う	3 あまり支持され 期待されてい ると思わない	4 支持され 期待されて いない	5 どちらとも いえない	計
福 島	町	6 (31.6)	13 (68.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (100.0)
	保健所	2 (33.3)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	6 (100.0)
横 浜		2 (14.3)	10 (71.4)	1 (7.1)	0 (0.0)	1 (7.1)	14 (100.0)
計		10 (25.6)	26 (66.7)	1 (2.6)	0 (0.0)	2 (5.1)	39 (100.0)

いないのが目立っている。横浜では「まあまあ」が57.1 %であるが「たいへん認められている」と思うものも1人(7.1 %)であるが、また横浜では「認められていない」という見方をするものも1人(7.7 %)いる。

この質問と前の質問の回答結果を比較してみると「認められている」とする回答の割合は、地域住民からは92.5 %と高い率を示しているが、医師からとなると59.0 %と低くなり、この傾向は地域差が認められない。

地域住民からの支持や期待については、住民に保健婦を「よそ者」とみられるかどうかといった保健婦の地域に対する地元意識にも関係している

と思われるため、「あなたは、ご自分を『地元の人』と思っていますか」と問うてみた。この間には、全体で82.1 % (32人) が福島の町では、84.2 % (16人)、福島の保健所では100.0 % (6人)、横浜では71.4 % (10人) が自分の「地元の人」と思っている。実際には、「地元」といってもどのくらいの広がりをもった地域を想定するかによって回答にちがいが出るのであろうし、福島の町保健所と保健所保健婦とでは地域の広がりがちが、横浜の保健婦の場合には、都市環境という意味でさらに「地元」のとらえ方がむつかしいので、この結果だけで解釈することには一定の困難がある。

表V-2 あなたの活動は、地域の医師らに認められていると思いますか。
(保健婦)

Q35		1 たいへん認められていると思う	2 まあまあ認められていると思う	3 あまり認められていないと思う	4 認められていない	5 どちらともいえない	計
福 島	町	4 (21.1)	6 (31.6)	4 (21.1)	0 (0.0)	5 (26.3)	19 (100.0)
	保健所	0 (0.0)	4 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	6 (100.0)
横 浜		1 (7.1)	8 (57.1)	2 (14.3)	1 (7.1)	2 (14.3)	14 (100.0)
計		5 (12.8)	18 (46.2)	6 (15.4)	1 (2.6)	9 (23.1)	39 (100.0)

2. 保健婦は自分の仕事をどう考えているか

「あなたは、今の仕事に満足していますか」と問うて仕事の満足度をみた。表V-3がその回答結果である。

全体では84.6 %が「満足」(「満足している」「まあまあ満足している」と答えている。地域別では、福島の町の42.1 %が「満足している」としているのが目立つ。福島の保健所では66.7 %が「まあまあ満足」と答え、横浜では21.4 %が「あまり満足して」おらず、1人(7.1 %)ではあるが「不満」を示しているものがある。

つづいて、「あなたは、今の仕事に生きがいを感じていますか」と問うた。表V-4によりその結果をみてみると、全体では97.4 %が「生きが

い」を感じており、「大いに感じ」ているものが56.4 %で半数以上を占めている。福島の町では1人(5.3 %)だけ「ほとんど感じない」ものがあるが、「全く感じない」と答えたものはいない。

これを仕事の満足度と比較してみると、全体で「満足している」ものが28.2 %であるのに対し、今の仕事に生きがいを「大いに感じている」ものは56.4 %と高率を示している。さまざまな条件がからんで、今の仕事には満足し切れない思いがあるが、生きがい、働らきがいという観点からみると人びとの生命と健康を守る課題ととりくむという仕事に対して意義を大いに感じている人が多いといえる。

さらに、「あなたは、今の仕事に誇りを感じて

いますか」と問うてみると、表V-5に示すような回答をえた。

全体では92.9%のものが「誇り」をもって、保健婦の仕事をしている。50.0%が「大いに誇りに」思いながら仕事に励んでいる。地域別では、福島の町が「まあ誇りに思う」=47.4%、「大いに誇りに思う」=42.1%、「ほとんど誇りに思わない」=10.5%(2人)という順になっている。福島の保健所保健婦では、「まあ誇りに思

う」=83.3%が圧倒的多数を占め、「大いに誇りに思う」=16.7%が他とくらべて極端に少い。横浜の保健所保健婦では「大いに誇りに思う」=50.0%と半数を占めており、「まあ誇りに思う」が42.9%となっている。福島保健所、横浜は、「ほとんど誇りに思わない」ものはいない、また「全く誇りに思わない」ものは全地域ともひとりもない。

表V-3 あなたは、今の仕事に満足していますか。

(保健婦)

Q39	1 満 足 して いる	2 まあまあ満 足している	3 あまり満足 していない	4 不 満 である	5 どちらとも いえない	計
福 町	8 (42.1)	9 (47.4)	2 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (100.0)
島 保健所	1 (16.7)	4 (66.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜	2 (14.3)	8 (57.1)	3 (21.4)	0 (0.0)	1 (7.1)	14 (100.0)
計	11 (28.2)	21 (53.8)	6 (15.4)	0 (0.0)	1 (2.6)	39 (100.0)

表V-4 あなたは、今の仕事に生きがいを感じますか。

(保健婦)

Q40	1 大いに感じ ている	2 やや感じる	3 ほとんど感 じない	4 まったく感 じていない	5 どちらとも いえない	計
福 町	10 (52.6)	8 (42.1)	1 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (100.0)
島 保健所	3 (50.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜	9 (64.3)	5 (35.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
計	22 (56.4)	16 (41.0)	1 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	39 (100.0)

表V-5 あなたは、今の仕事に誇りを感じていますか。

(保健婦)

Q41	1 大へん誇り に思う	2 まあまあ誇 りに思う	3 ほとんど思 わない	4 全く思わな い	5 どちらとも いえない	6 DK・ N A	計
福 町	8 (42.1)	9 (47.4)	0 (0.0)	2 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (100.0)
島 保健所	1 (16.7)	5 (83.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜	7 (50.0)	6 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.0)	14 (100.0)
計	16 (41.0)	20 (51.3)	0 (0.0)	2 (5.1)	0 (0.0)	1 (0.0)	39 (100.0)

要約してみると、保健婦は、地域住民の生命と健康を守る役割を担うから地域住民からは「支持と期待」をされていると感じ、そして「誇り」と「生きがい」をもって働いているが、「満足感」についてはややさがり、「医師に認め」られるという感じもやや低い — というところが、保健婦の自らが描くモラルの一つの側面であろう。

3. 保健婦の業務遂行に関する意識

つぎに、保健婦業務がうまく遂行できたり、遂行上の困難を感じていないかどうかなどを問うてみた。

まず、「現在、仕事はあなたの思い通りにいっている方ですか」と問うたが、その結果は表V-6に示してある。

全体でみると、「思い通りにいっている」としたものが84.6%で、「全く思い通りにいかない」というものはひとりもない。地域別でみると、

「思い通りにいっている」と思っているものは、福島で100.0%、横浜で92.9%、福島の町が最も低く73.7%となっている。これを「かなり思い通りにいっている」と思っているものでみると、福島の町で26.3%と最も多く、福島の保健所で16.7%（1人）、横浜で7.1%（1人）と些かしかない。福島の町では「かなり思い通りにいっている」と思うものも多いが、「ほとんど思い通りにいかない」と答えたものの数も21.1%と多い。「ほとんど思い通りにいかない」と思っているものは、福島の保健所ではひとりもなく、横浜で7.1%（1人）いるにすぎない。

町に所属する保健婦の回答にバラソキがみられることとインタビューの印象からいえることは、それぞれの所属するところの保健婦に対する処遇や与えられている権限のちがいが、保健婦の意識に投影されているものと思われる。

表V-6 現在、仕事はあなたの思い通りにいっている方ですか。
(保健婦)

Q 42	1 かなり思い どおりにい っている	2 まあまあい っている	3 ほとんどい かない	4 全く思いど おりにいか ない	5 どちらとも いえない	計
福 町	5 (26.3)	9 (47.4)	4 (21.1)	0 (0.0)	1 (5.3)	16 (100.0)
島 保健所	1 (16.7)	5 (83.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜	1 (7.1)	12 (85.7)	1 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
計	7 (17.9)	26 (66.7)	5 (12.8)	0 (0.0)	1 (2.6)	39 (100.0)

さて、つづいて「あなたは、『仕事がおもしろくない』と感じていることがありますか」と問うてみた結果が表V-7に示してあるので、これをみてみよう。

全体でみると、仕事がおもしろくないと感じていることが「ある」と答えたものが25.6%である。これを地域別にみると、福島の保健所では「ある」「ない」が相半ばしており、福島の町で78.9%、横浜で78.6%が「ない」と答えている。

表V-7 あなたは、「仕事がおもしろくない」と感じることがありますか。
(保健婦)

Q 48	1 あ る	2 な い	計
福 町	4 (21.1)	15 (78.9)	19 (100.0)
島 保健所	3 (50.0)	3 (50.0)	6 (100.0)
横 浜	3 (21.4)	11 (78.6)	14 (100.0)
計	10 (25.6)	29 (74.4)	39 (100.0)

つぎに、仕事上の困難にぶちあたって悩んだことがあるかどうかを、「あなたは、これまで仕事上で困った問題をかかえた経験がありますか」と問うてみた。表V-8にその結果を示してある。

全体でみると、「ある」が43.6%、「ない」が46.2%ではほぼ相半ばしている。とくに大きな地域差も認められない。これは比較的多くのものがスムーズに保健婦業務を遂行していると感じているものであるという印象をうける。

表V-8 あなたは、これまで仕事上で困った問題をかかえた経験がありますか。

(保健婦)

Q 50		1 あ る	2 な い	3 DK・NA	計
福 島	町	8 (42.1)	9 (47.4)	2 (10.5)	19 (100.0)
	保健所	3 (50.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜		6 (42.9)	6 (42.9)	2 (14.3)	14 (100.0)
計		17 (43.6)	18 (46.2)	4 (10.3)	39 (100.0)

では、「あなたは、保健婦業務が『きつい』と思ったことがありますか」と問うてみた。表V-9にその回答結果を示してある。これをみると、全体では「大へんきつい」と感じているものが33.3%である。地域別に特徴をみると、福島の保健所および横浜では「それほどでない」と答えたものが、それぞれ50.0%であるが、福島の町では31.6%のものが「きつくない」と答えている。「大へんきつい」という回答では、福島の町が36.8%、福島の保健所33.3%、横浜28.6%となっていて地域差は認められない。

福島の町で「きつくない」という答えがきわだって目立つ。インタビュー時の印象をふくめこの理由を考えてみると、福島の町の保健婦のなかには、苦学をしながら保健婦資格をとってたたきあげてきた年配の保健婦が含まれており、相当の頑張り屋さんがいることは確かであるが、その反面権利意識が低いという傾向もみられ、こうした状況を反映したのではないと思われる。

表V-9 あなたは、保健婦業務が「きつい」と思ったことがありますか。

(保健婦)

Q 47		1 大 変 き つ い	2 そ れ ほ ど で な い	3 き つ い と 思 わ ない	4 ど ち ら と も い え ない	計
福 島	町	7 (36.8)	4 (21.1)	6 (31.0)	2 (10.5)	19 (100.0)
	保 健 所	2 (33.3)	3 (50.0)	1 (36.7)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜		4 (28.6)	7 (50.0)	3 (21.4)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		13 (33.3)	14 (35.9)	10 (25.6)	2 (5.1)	39 (100.0)

そこで、保健婦自身の健康状態を、「あなたの現在の健康状態はいかがですか」と問うてみた結果が表V-10に示してある。

全体では、76.9%のものが「健康」と答えており、「不調なところがある」は20.5%のものが訴えている。「病気をかかえている」が2.6%(1人)である。地域別では、「不調なところがある」と訴えているものの割合が横浜で28.6%とやや高いのが目につく。

こうした状況のなかで、「あなたは、現在の業務を遂行するのに、現在の保健婦人員で十分と思いますか」と問うたのが表V-11である。

全体では、「足りない」と考えているものが、74.4%、「十分である」とするものが23.1%である。地域別の特徴をみると、横浜の回答に特徴がみられ、「十分である」とするものは7.1%(1人)しかならず、92.9%が「足りない」と答えている。福島の町では31.6%が、福島の

表V-10 あなたの現在の健康状態はいかがですか
(保健婦)

Q 45		1 大 変 良 好	2 ま あ 良 好	3 不 調 な と こ ろ が ある	4 病 気 を か か え て い る	計
福 島	町	7 (36.8)	8 (42.1)	3 (15.8)	1 (5.3)	19 (100.0)
	保 健 所	3 (50.0)	2 (33.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜		3 (21.4)	7 (50.0)	4 (28.6)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		13 (33.3)	17 (43.6)	8 (20.5)	1 (2.6)	39 (100.0)

保健所で33.3%が「十分である」と答えている。

保健婦の人員が「十分である」か「足りない」という問題は、その地域でどのような保健活動がどの程度に展開されるかなどによってちがってくるものと思われるが、都市においては地域に発生している健康問題の質・量に対し絶対的に保健婦数が足りていないのが実状である。

表V-11 あなたは、現在の業務を遂行するのに、現在の保健婦人員で十分だと思いますか。
(保健婦)

Q 51		1 十 分 で あ る	2 足 り な い	3 ど ち ら と も い え な い	計
福 島	町	6 (31.6)	12 (63.2)	1 (5.3)	19 (100.0)
	保 健 所	2 (33.3)	4 (66.7)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜		1 (7.1)	13 (92.9)	0 (0.0)	14 (100.0)
計		9 (23.1)	29 (74.4)	1 (2.6)	39 (100.0)

表V-12 あなたは、「職場の人間関係がむずかしい」と感じていることがありますか。
(保健婦)

Q 49		1 あ る	2 な い	計
福 島	町	8 (42.1)	11 (57.9)	19 (100.0)
	保 健 所	4 (66.7)	2 (33.3)	6 (100.0)
横 浜		6 (42.9)	8 (57.1)	14 (100.0)
計		18 (46.2)	21 (53.8)	39 (100.0)

そこで、まず「あなたは、『職場の人間関係がむずかしい』と感じていることがありますか」と問うてみた。その回答結果が表V-12である。

全体では46.2%が人間関係がむずかしいと感じて「いる」と答えている。とくに感じて「いない」ものが53.8%である。ここでは、福島の保健所において「いる」と答えたものが66.7%とその割合の高いのが目をひく。

では、同僚との関係はどうであろうか。「同僚との関係はうまくいっていますか」と問うた回答結果が表V-13に示してある。

全体で、「うまくいっている」(=61.5%)、「まあまあうまくいっている」(=25.6%)で、87.2%のものが「うまくいっている」と思っている。地域別でその特徴をみると、「うまくいっている」と答えたものの割合が横浜が最も高く、71.4%、ついで福島の町の63.2%であるのに対し、福島の保健所では「まあまあうまくいっている」と答えているものの割合が高く66.7%を占めている。福島の町では、「あまりうまくいっていない」が5.3%(1人)おり、「全くうまくいっていない」と答えたものは15.8%もいる。

ところで、保健婦に共働らきのものが多いので「あなたは、家庭生活と保健婦業務の両立の困難性を感じますか」と問うたのが表V-14である。

全体では、「あまり感じない」が38.5%、「全く感じない」が28.2%、「まあ感じる」が23.1%、「強く感じる」「どちらともいえない」がそ

表 V-13 同僚との関係はうまくいっていますか。

(保健婦)

Q 37	1 うまくいって いる	2 まあまあうま くいっている	3 あまりうまく いっていない	4 全くうまくい っていない	5 どちらともい えない	計
福 町	12 (63.2)	3 (15.8)	1 (5.3)	3 (15.8)	0 (0.0)	19 (100.0)
島 保健所	2 (33.3)	4 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜	10 (71.4)	3 (21.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.1)	14 (100.0)
計	24 (61.5)	10 (25.6)	1 (0.0)	3 (7.7)	1 (2.6)	39 (100.0)

表 V-14 あなたは、家庭生活と保健婦業務の両立の困難性を感じますか。

(保健婦)

Q 44	1 強く感じる	2 まあ感じる	3 あまり感じない	4 全く感じない	5 どちらとも いえない	計
福 町	1 (5.3)	4 (21.1)	5 (26.3)	9 (47.4)	0 (0.0)	19 (100.0)
島 保健所	0 (0.0)	2 (33.3)	3 (50.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜	1 (7.1)	3 (21.4)	7 (50.0)	1 (7.1)	2 (14.3)	14 (100.0)
計	2 (5.1)	9 (23.1)	15 (38.5)	11 (28.2)	2 (5.1)	39 (100.0)

れぞれ5.1%という順になっている。地域別での特徴点は、福島の保健所および横浜では「感じる」という側に傾きがみられるが、福島の町では「全く感じない」が47.4%となっていて目につく。これは権利意識の問題もあるが、いずれにしても、インタビューの印象からいっても、共働らきはさまたげな困難があるはずだが、よくそれを克服して頑張っている姿がうかがえる。

最後に、「今後もこの仕事を続けようと思っていますか」と問うてみたのが表 V-15 である。

全体で84.6%のものは「続けよう」と思っており、「ぜひ続けたい」と思うものが半数以上の53.8%を占めている。地域別でみて目につくことは福島の町で「あまり続けたくない」が10.5%、さらに積極的に「やめたい」と答えているものが15.8%もいることである。横浜でも「あまり続けたくない」というものが7.1%（1人）だけいるが、「やめたい」ものはいない。福島の保健所では「あまり続けたくない」ものも、「やめたい」ものもない。

表 V-15 あなたは、今後もこの仕事を続けようと思っていますか。

(保健婦)

Q 43	1 ぜひ続けたい と思う	2 続けてよい と思う	3 あまり続け たくない	4 やめたい	5 どちらとも いえない	計
福 町	10 (52.6)	4 (21.1)	2 (10.5)	3 (15.8)	0 (0.0)	19 (100.0)
島 保健所	3 (50.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
横 浜	8 (57.1)	4 (28.6)	1 (7.1)	0 (0.0)	1 (7.1)	14 (100.0)
計	21 (53.8)	11 (28.2)	3 (7.7)	3 (7.7)	1 (2.6)	39 (100.0)

要約してみると、本調査の結果をみるかぎりにおいて、保健婦業務の遂行にあたっては各人の思いどおりにまづはことが運んでいると感じながらも、仕事がおもしろくない、職場の人間関係のわずらわしさ、仕事がきついなどということもあるにはあるが、大半は健康に頑張っており、これからも保健婦業務を続けていきたいと思っているというのが平均的な保健婦の業務に対する感じ方のようなものである。しかし、それにしても保健婦業務を遂行するについては、あまりにもとりくむべき健康問題の多さややるべきことの量に比して保健婦

数が足りなさすぎるという気持ちを多くの保健婦が強く感じているのである。

地域住民の生命と健康を守り高めるという尊い実践課題にたいして強い使命感とその仕事にたづさわることには大きな誇りをもって保健婦業務に精一杯とりくんでいるが、その任務の重さに比して保健婦のおかれている地位や権限そして労働条件が低すぎると思われる。でも、インタビューの印象でもそれを強い使命感と大きな誇りで克服しつつ地道な努力を積み重ねてきている保健婦の姿を垣間みることができたように思う。

要 約

I 目的、方法および対象者の特性

1) 調査目的

本調査は、慢性疾患の予防や保健活動あるいは罹病後の生活指導が重要な課題となっている現在、保健・医療機関の体系化や整備をはかる場合に医師と保健婦の有機的な協力関係が緊要であるという視点から、医師、保健婦の双方の役割期待を中心に調べたものである。

2) 調査方法

質問紙面接法に基づき、横浜（西区、旭区）、福島（伊達郡）を調査対象地として、対象者に内科を主体とした開業医師（但し、福島の場合は病院勤務医も含めた）および保健婦（保健所保健婦、町保健婦）を選定し、医師69名、保健婦39名の回答を得た。

3) 調査対象者の特徴

① 医師について；約4割は50代、60代3割、40代2割で、両地域とも同じような年齢構成。診療科目は内科のはかに、小児科あるいは外科などを診ており、内科だけの医師は少ない。横浜の場合、ほとんどが無床診療所だが、福島では病院3割のはかに、有床診療所が約4割あった。本人を除く医師数や看護、准看護婦などの医療従事者数をみても、横浜は福島に比べてやや小規模。しかし、開業年数では両地域に差はみられない。

また、予防接種などの保健所で実施する集団検診には比較的参加しており、とくに福島においてはその傾向は強い。

② 保健婦について；福島と横浜では年齢構成に大きな違いがある。すなわち、福島では50歳以上が約7割に対し、逆に横浜では50歳以下が約8割である。このため、一般学歴や専門学歴で福島では旧教育制度の人が多いが、横浜では新教育制度の人が多く、また、保健婦としての経験年数や、現在の職場での勤続年数にも大きな差異がみられる。

保健婦1人あたりの受持ち人口も、福島の町保健婦では、ほとんどが1万人以下なのに対し、横

浜では、1万～2万人、2万人以上というのが各々4割ずつと、横浜の方が多い。

II 医師と保健婦の役割期待関係

1) 保健婦の活動の対象を、健康人に対する指導、在宅の病人の世話、健診の際の医師の補助に分けて順位づけをしてもらったところ、保健婦側では、医師の補助を第1にあげた回答は皆無であり、第2位に位置づけたのも1割にも満たなかった。しかしながら、在宅の病人の世話を中心に考えるか、健康人の指導を主たる対象と考えるかで、保健婦自身の対応も福島と横浜とで大きく異なっている。

他方、医師が考えている保健婦活動の対象は、医師の補助を第1位あげたものが1割、第2位にあげたのが3割にも達し、保健婦側の回答とかなりの食い違いをみせた。

2) 医師との仕事や業務の分担ということでは、保健婦の側は、予防注射は医師、検診時における生活指導および慢性疾患患者の生活指導は医師の指示で保健婦、患者や家族の心理的苦痛や不安の緩和、家庭訪問をしての保健指導、健康な生活のための保健教育は保健婦、だと考えており、これらのうち、検診時あるいは慢性疾患患者の生活指導や、家庭訪問をしての保健指導の3項目では医師側の期待とも合致しているが、他の3項目では医師側のそれとのズレがみられる。

すなわち、保健婦側では9割までが医師の役割だとしていた予防注射も、医師の側で「医師」としたのは5割程度で、「医師の指示で保健婦」および「保健婦」としたのが4割強もみられた。この他、患者や家族の心理的苦痛や不安の緩和、および、健康な生活のための保健教育の2項目でも、それらを医師あるいは医師の指示で保健婦とするのが7割および5割に達し、それらが皆無の保健婦側の考えと大きな差異をみせた。

3) 保健婦として医師の活動や言動で助けられ

たものとして挙げられたのは、患者の連絡をしてくれた、指導や助言をしてくれた、指示がもらえた、などがあり、反対にやりにくかったこととしては、医師との指導や技術の食いちがいなどが出てきた。

他方、医師が保健婦の活動や言動で助けられたものとしてあげたのは、在宅や非受診患者の情報提供や予防接種のアシスタントなどであり、反対に、やりにくくなったこととして出てきたのは、医師と異なった指示をする、患者に転医をすすめるものがあるなどであった。

4) 保健婦自身が考える保健婦独自の活動や仕事の分野としては、一方での衛生教育や保健教育と、他方での訪問しての保健指導の双方があげられた。

また、医師との役割分担としては、医師は診断や治療、保健婦は生活指導や看護などの意見が多く出された。

この他、保健婦たちが評価している開業医としては、検診や予防や公衆衛生活動に協力的で、患者とのコミュニケーションを充分に行ない、生活面にも目をむけている医師であり、他方、不満や問題がある開業医というのは、自分だけで患者をかかえ、薬や注射だけの医療を行なっている医師たちであるといえよう。

5) 医師が保健婦の役割や働きについて期待しているものとしては、地域や家庭での、あるいは老人や慢性疾患患者を対象としての保健指導や生活指導であるといえる。そのさい、特に横浜の医師たちからは、「医師の指示のもとでの保健指導」という声が強くだされたのが目についた。

他方、保健婦の活動に期待していないとしたものは、保健婦の数や質の問題や、事務屋や官僚的になっている面などが指摘された。

また、イメージ調査からみた今日の医師の平均的な保健婦観としては、保健婦の受けている教育程度は低いとしながらも、一緒に仕事をするとトラブルがおこるなどとは決して考えておらず、保

健婦は業務を遂行する能力や責任感をもっており、また意欲もあると考えている、という結果となった。

Ⅲ 糖尿病および結核のケアをめぐって

1) 糖尿病のケアについて保健婦と医師に対しては共通の質問を試みた。

糖尿病のケアに際して「医師のみで十分である」と思うか、「医師のみでなく他のスタッフとも協力する必要がある」と思うかと問うたところ、一般論としては「医師のみでなく他のスタッフとも協力する必要がある」と答えたものが、保健婦では84.6%、医師が88.4%で両者に大きな差が認められなかった。

2) しかし、実際の糖尿病のケアの場面で「食事指導は誰がおこなっているか」を医師に対して問うたところ、「医師がおこなっている」との回答が70.5%であった。

この設問の回答には、地域差が認められ、横浜では56.0%であるのに対し、福島では80.6%となっている。

この地域差は、横浜の対象地区で糖尿病教室を保健所と地域医師会とが協力してとりくんでいるという条件が反映していると考えられる。また、福島では、総合病院の勤務医師が調査対象に含められたため「自院の栄養士」と協力していると答えたものがみられ、診療所レベルでは「他と協力している」ものの割合はさらに低くなっている。

3) 保健婦と医師の役割分担をみると、医師は診断、治療を、保健婦は指導・教育を主に分担すると双方が考えている。しかし、医師についてみると、指導・教育についても医師の任務と考えているものが相当程度おり、医師と保健婦の任務分担を調整していく必要のあることが示唆されている。

4) 保健婦のみに対して「結核のケア」につ

いての質問をおこなった。

特徴的にいえることは、医師との協力関係については96.7%が「必要」と考えており、実際の場面でもほとんどの保健婦が協力関係にあること。

しかし、一般的には医師以外の職種とも協力関係が必要だとしながらも、他職種との協力関係が得られない地域など、実際に協力関係にあるものが少く、そしてその職種も少いこと。

このことから、保健婦が他の職種と協力関係をもって問題解決にあたるという意識は認められるが、実際にそうした職種などの社会的資源が身近かに利用しやすく準備されないと協力関係をもつことは困難であることが示され、システム化にあたってはこのことを配慮を要するものと考えられる。

Ⅳ 脳卒中後遺症患者のケアをめぐる

1) 調査対象となった医師や保健婦（福島保健所保健婦は除く）の大半は、脳卒中後遺症患者のケアの経験がある。

そして、そのケアの中の役割分担の現状として、医師は診断・治療の実施、再発・合併症のチェックと予防、生活指導を中心とした役割となっており、保健婦は療養上の世話や機能回復訓練の援助、保健指導を中心としている。

2) 医師は保健・生活指導、療養上の世話などについては保健婦に役割期待するところが大きく、とりわけ病院など施設規模の大きいところの医師により強い期待感がみられる。一方、保健婦は医師に診断・治療、合併症などのチェック、生活指導などについての指示、患者についての情報提供などを期待し、とりわけ横浜保健所保健婦は医師をはじめさまざまな職種に役割期待している人が多い。

3) ところで、日頃の脳卒中後遺症患者へのケアの中で、医師、保健婦の多くはそれぞれの役

割遂行が十分患者の必要性に応じていないことを認めている。しかしこれは医師、保健婦をはじめ多くの職種間の役割を調整し、連携関係を強めることによって少なからず改善されるだろう。

4) このような役割調整は、病院の医師や横浜保健所保健婦のように他の職種との相補的な連携の必要感をもっているところへ、かかわろうとする保健所や医師の場合は、比較的容易である。それは連携し、役割分担を調整することが、相互の必要感を充し、おたがい認めあう人間関係がつけられやすいからである。しかし、そうでない場合は難しいだろう。ところで調査結果からみて、連携しようとする職種についての必要感は、（かかわりあった経験の中での）その職種について評価に動機づけられていることが多いと思われる。従って、最初連携が難しい場合でもまず患者のケアの必要性にそって、相手の職種への必要感を高める努力から始める他ないだろう。

5) 医師と保健婦とが連携するとしても、医師の補助者として保健婦がかかわるのか、協力者・協同者としてかかわるのかによって連携関係がこととなる。ところで、脳卒中後遺症患者のケアにおいて保健婦を協力者として考えている医師は、補助者として考えている医師に比べ、患者に自分のケアの方針を理解してもらうことに努力を払うし、ケアを円滑にすすめるくふうをしている人が多く、また保健婦と有機的な連携を求めている。このことから医師と保健婦とは協同関係をとることによって患者の必要性に応じたケアのための有機的な連携をつくっていくのではないかと示唆される。

本調査にご協力いただきました福島県伊達郡医師会、横浜市西区医師会、および福島県医務課、福島保健所、保原保健所、福島県伊達郡各町、横浜市西区保健所、横浜市旭区保健所の皆様方に厚くお礼申し上げます。

F 1. サンプル番号

チエ ッ ク
 調査員氏名
 調 査 日 時

医師と保健婦についての調査

〔保健婦用〕

1977年6月

社団法人日本看護協会調査研究部
 東京大学医学部保健学科
 保健社会学教室

F 2. 対象者氏名

F 3. 生 年 月 年 月

F 4 所属機関名

F 5. 最終卒業学校

F 5-1 一般学歴

新教育制度	1.中学校	2.高校	3.短大	4.大学	5.大学院
旧教育制度	6.尋小	7.高小	8.高女	9.専門学校	10.大学

F 5-2 専門学歴（保健婦について）

新教育制度	1. 准看学院	2. 高校衛生看護科	3. 進学コース
	4. 高看学校	5. 保健婦学院	6. 助産婦学院
	7. 専門学院の保健婦助産婦科	8. 短大（2年）	
旧教育制度	9. 短大（3年）	10. 大学	11. 大学院
	12. 看護婦養成所	13. 助産婦養成所	14. 保健婦養成所
	15. 専門学校	16. 大 学	17. 看護婦検定
	18. 助産婦検定	19. 保健婦検定	20. 保健婦規則附則

F 6. 保健婦資格取得年 年

F 7. 保健婦としてこれまで勤務した保健所・市町村役場（現在を含む）

年～ 年		年～ 年	
年～ 年		年～ 年	
年～ 年		年～ 年	
年～ 年		年～ 年	
年～ 年		年～ 現在	

F 8. 現在の勤めている保健所・市町村役場での

F 8-1. 受持人口 人

F 8-2. 受持面積 km²

F 8-3. 受持地域内での無医村地区の有無 1. 有 (所) 2. 無

F 8-4. 受持地域内での最も遠いところまでの保健所・市町村役場からの時間 時間

F 9. 所属機関の保健婦数 人

F 10. 日常的に使用する機動力

1. 公用の自動車	2. 自家用の自動車	3. 公用のオートバイ
4. 私物のオートバイ	5. 自転車	6. 機動力なし
7. その他 (具体的に <input type="text"/>)		

F 11. 所属 (課) の構成

F 11-1. 所属する課の名称 課

F 11-2. 人員数 男 人 女 人

F 11-3. 職種	医 師	<input type="text"/> 人	保 健 婦	<input type="text"/> 人	助 産 婦	<input type="text"/> 人
	看 護 婦	<input type="text"/> 人	一般事務職	<input type="text"/> 人	そ の 他	<input type="text"/> 人

まず、保健婦活動一般についてお尋ねします。

Q 1. あなたは、現在保健婦としての活動や仕事のうち、どのような分野に重点をおいて活動していますか。また、その理由もお聞かせ下さい。

分野	1. 母 子	2. 結 核	3. 成 人	4. 精 神
	5. 伝染病	6. 性 病	7. 老 人	8. その他 (<input type="text"/>)

Q 2. それは、あなたご自身の判断からですか、それとも、保健所や市町村の方針によってですか。

1. 自分自身の判断
2. 保健所・市町村の方針
3. 両方
4. その他 (<input type="text"/>)

Q 3. あなたは、保健婦の活動や仕事の分野としては、このうちでは、どれが重要であるとお考えですか。順序をつけてお答え下さい。

また、これらの他にも重要だと思われるものがありましたら、具体的にお答え下さい。

〔リスト提示〕

1. 診療や健康診断の際の医師の補助 (たとえば、予防注射、投薬、諸検査など)
2. 在宅の病人や障害者の世話および介助の指導 (たとえば、訪問看護や家庭訪問指導など)
3. 健康人に対する保健指導や生活指導 (たとえば、衛生教育や地域組織育成活動など)
4. その他(具体的に記入)
5. DK・NA

Q 4. あなたは、これから先の保健婦としての活動や仕事のうち、どのような分野や方向に重点をおいて活動したいとお考えですか。

また、その理由もお聞かせ下さい。

分野・方向				
分野	1. 母子	2. 結核	3. 成人	4. 精神
	5. 伝染病	6. 性病	7. 老人	8. その他()
理由				

つぎには、保健婦と医師との関係についてお尋ねします。

Q 5. あなたは、これまでに、医師の活動や言動などによって保健婦の仕事がやりやすくなったり、助けられたりしたとお感じになったことがありますか。

1. ある
2. ない
3. DK・NA

Q 5.-SQ [Q 5で、1.あると答えた方にお尋ねします] その内容を具体的にお話し下さい。

X 非該当

Q 6. では逆に、あなたがこれまでに、医師の活動や言動などによって、保健婦の仕事がやりにくくなったり、障害になったりしたとお感じになったことがありますか。

- | |
|----------|
| 1. ある |
| 2. ない |
| 3. DK・NA |

Q 6-SQ 【Q 6で、1.あると答えた方にお尋ねします】その内容を具体的にお話し下さい。

X 該当

Q 7. つぎに、医師と保健婦との仕事や業務の分担のあり方について、あなたのお考えをお尋ねします。
以下の項目のうち、1. 医師自身で行なう方が望ましいとお考えのものには「医師」、2. 医師の指示のもとに保健婦が行なう方が望ましいとお考えのものには「医師の指示で保健婦」、3. 保健婦独自の判断で行なうことが望ましいとお考えのものには「保健婦」、4. 医師が行なっても保健婦が行なってもよいとお考えのものには「医師または保健婦」と分けてお答え下さい。

Q 7-1. 予防注射

- | |
|--------------|
| 1. 医師 |
| 2. 医師の指示で保健婦 |
| 3. 保健婦 |
| 4. 医師または保健婦 |
| 5. その他 () |
| 6. DK・NA |

Q 7-2. 検診時における生活指導

- | |
|--------------|
| 1. 医師 |
| 2. 医師の指示で保健婦 |
| 3. 保健婦 |
| 4. 医師または保健婦 |
| 5. その他 () |
| 6. DK・NA |

Q 7-3. 慢性疾患患者への生活指導

- | |
|--------------|
| 1. 医師 |
| 2. 医師の指示で保健婦 |
| 3. 保健婦 |
| 4. 医師または保健婦 |
| 5. その他 () |
| 6. DK・NA |

Q 7-4. 患者や家族の心理的苦痛や不安の緩和

1. 医師
2. 医師の指示で保健婦
3. 保健婦
4. 医師または保健婦
5. その他 ()
6. DK・NA

Q 7-5. 家庭訪問をしての保健指導

1. 医師
2. 医師の指示で保健婦
3. 保健婦
4. 医師または保健婦
5. その他 ()
6. DK・NA

Q 7-6. 健康な生活のための保健教育

1. 医師
2. 医師の指示で保健婦
3. 保健婦
4. 医師または保健婦
5. その他 ()
6. DK・NA

Q 8. あなたは、医師と保健婦とで、仕事や活動が重複したり、競合したりして、保健婦としての仕事
がやりにくかったとお感じになられたことがありますか。

1. ある
2. ない
3. DK・NA

Q 8-SQ [Q 8で、1. あると答えた方にお尋ねします] それは具体的にはどのようなことですか。

X 非該当

Q 9. あなたは、今後、医師の仕事や活動との関連においてこれこそ保健婦の独自の活動や仕事の分野
だとお考えのものは何ですか。なるべく具体的にお答え下さい。

Q 10. あなたは、保健婦と開業医とは、どのような役割分担や関係をとったらよいとお考えですか。な
るべく具体的にお答え下さい。

Q11. あなたが、今日の開業医師の活動や行動のなかで、もっとも評価しておられる点をあげて下さい。

Q12. では逆に、あなたが、今日の開業医師の活動や行動でもっとも不満だとか、問題があるとかお考えになっておられることについてお答え下さい。

これからは、結核患者のケアについてお尋ねします。

Q13 結核のケアは公衆衛生の領域や保健所の発展の歴史のなかで重要な位置を占めてきたと思われます。

ところで、あなた自身がお考えになっている保健婦の役割や機能の重点のおき方からいえば、現在おこなわれている結核への保健婦のかかわり方についてどのように考えていますか。

1. 現在のままでよい

2. 現在のあり方には不満や改善すべき点が多いが、法律や制度によって運用されているのだから仕方ないと思う。

3. 結核の問題は少なくなっているので、他の保健問題を積極的に取りあげていくべきだ。

4. DK・NA

→Q13-SQ1 [Q13で、2と答えた方にお尋ねします] 不満や改善すべき点を具体的におしえて下さい。

X 非該当

→Q13-SQ2 [Q13で、3と答えた方にお尋ねします] 結核の問題が少なくなっているとお考えの理由を具体的にお聞かせ下さい。

X 非該当

→Q13-SQ3 [Q13で、3と答えた方にお尋ねします] では、他のどのような保健問題に積極的にとりくんでいくべきとお考えですか。具体的にお聞かせ下さい。

X 非該当

Q14. 結核のケアに保健婦が参加するにあたって、保健婦の役割はどのようなことを分担すべきとお考えですか。【複数回答可】 【リスト提示】

1. 地域や職域の未発見患者のほりおこし

2. 結核検診の受診の呼びかけ

3. 検診時の生活歴・既応歴・現症歴等の聞きとり
4. 検診時や診療時の医師の介助
5. 一般住民に対する結核予防の衛生教育
6. レントゲン・フィルム/read影
7. 病像・病型などの診断の確定
8. 治療方針の確定
9. 結核患者に対する病気の理解や療養についての指導や援助
10. 患者家族に対する病気の理解や療養についての指導や調整
11. 在宅患者に対する生活指導や援助
12. 在宅患者に対する栄養指導
13. 在宅患者の医療費や家庭経済等についての相談や援助
14. 薬物の指示
15. 薬の副作用や合併症のチェック
16. 薬の服用についての指導とチェック
17. 結核予防法上の書類作成等の事務手続き
18. 医療中断患者の訪問や主治医との連絡
19. その他
20. DK・NA

Q14-SQ〔Q14で、19と答えた方にお尋ねします〕それはどのようなことですか。具体的にお聞かせ下さい。

X 非該当

Q15. ところで、結核のケアにあたって、保健婦以外の職種との協力が必要とお考えですか。

1. 必要
2. 必要でない

Q15-SQ1〔Q15で、1.と答えた方にお尋ねします〕では、どのような職種との協力が必要とお考えですか。

- | | | | |
|-------------|---------------|------------------|------------|
| 1. 医師 | 2. 看護婦(士) | 3. 臨床検査技師 | 4. レントゲン技師 |
| 5. 栄養士 | 6. 薬剤師 | 7. (医療)ソーシャルワーカー | |
| 8. ホーム・ヘルパー | 9. Q.T., P.T. | 10. (役場の)担当事務職 | |
| 11. その他 | 12. DK・NA | X 非該当 | |

Q15-SQ1-SSQ〔Q15-SQ1で、11と答えた方にお尋ねします〕具体的にその職種名をおしえて下さい。

X 非該当

Q15-SQ2へ

Q15-SQ2〔Q15で、2.と答えた方にお尋ねします〕協力が必要でないという理由を具体的にお聞かせ下さい。

X 非該当

Q16. では、あなたは、現在結核患者のケアにかかわっていますか。ただし、検診や予防注射を除きます。

- 1. かかわっていない
- 2. かかわっている

Q16-SQ〔Q16で、1.かかわっていない、と答えた方にお尋ねします〕その理由を具体的にお聞かせ下さい。

X 非該当

〔以下、Q17～Q21-SQまでは、Q16で、2. かかわっていると答えた方にのみお尋ねします。〕

Q17. 現在、あなたが訪問を継続している対象のうち、結核患者がいますか。

- 1. いる
- 2. いない
- X 非該当

Q17-SQ1〔Q17で、1.と答えた方にお尋ねします〕何件ありますか。

件 X 非該当

Q17-SQ2〔Q17で、2.と答えた方にお尋ねします〕その理由および結核患者のケアにどのような方法や手段でかかわっているか、具体的にお聞かせ下さい。

X 非該当

Q18. あなたの保健婦業務のなかで、結核患者の訪問の占める割合を51年度（51年4月～52年3月）1年間および最近1カ月間について件数と時間配分でおしえて下さい。

		昭和51年度 (51年4月～52年3月)		最近1カ月	
件数	全訪問件数	実件数	延件数	実件数	延件数
	結核訪問件数	件数	件数	件数	件数
X 非該当					

Q19 あなたは、結核患者の訪問にあたって、実際にどのような保健婦業務をおこなっていますか。

〔複数回答可〕 〔リスト提示〕

1. 地域や職域の未発見患者のほりおこし
2. 結核検診の受診の呼びかけ
3. 検診時の生活歴、既応歴・現症歴等の聞きとり
4. 検診時や診療時の医師の介助
5. 一般住民に対する結核予防の衛生教育
6. レントゲン・フィルムの読影
7. 病像・病型などの診断の確定
8. 治療方針の確定
9. 結核患者に対する病気の理解や療養についての指導や援助
10. 患者家族に対する病気の理解や療養についての指導や調整
11. 在宅患者に対する生活指導や援助
12. 在宅患者に対する栄養指導
13. 在宅患者の医療費や家庭等についての相談や援助
14. 薬物の指示
15. 薬の副作用や合併症のチェック
16. 薬の服用についての指導とチェック
17. 結核予防法上の書類作成等の事務手続き
18. 医療中断患者の訪問や主治医との連絡
19. その他（具体的に記入）
20. DK・NA X 非該当

Q20. ところで、あなたは、結核患者のケアにあたって、保健婦以外の職種の人と協力していますか。

1. 協力している
2. 協力していない
- X 非該当

Q20-SQ1.〔Q20で、2.と答えた方にお尋ねします〕その理由を具体的におしえて下さい。

X 非該当

Q20-SQ2〔Q20で、1.と答えた方にお尋ねします〕どのような職種と協力していますか。

1. 医師
2. 看護婦(士)
3. 臨床検査技師
4. レントゲン技師
5. 栄養士
6. 薬剤師
7. (医療) ソーシャル・ワーカー
8. ホーム・ヘルパー
9. O.T., P.T.
10. (役場の) 担当事務職
11. その他（具体的に記入）
12. DK・NA X 非該当

Q20-SQ3へ

→Q20-SQ3. あなたと他の職種との協力関係の評価をあなたご自身では、どのようにみているか、うまくいっている点、うまくいっていない点に分けて、具体的にお聞かせ下さい。

職 種 名	うまくいっている点	うまくいっていない点
X. 非該当		

Q21. 現在、結核患者の保健指導での困難な面や苦勞している点がありますか。

- | |
|---|
| 1. とくにない
2. ある
3. DK・NA
X. 非該当 |
|---|

→Q21-SQ [Q21で、2と答えた方にお尋ねします] どのようなことか、具体的にお聞かせ下さい。

--

ではつぎに、脳卒中後遺症のある対象のケアについてお尋ねします。

Q22 あなたは脳卒中後遺症のある対象の宅を訪問されたことがありますか。

- | |
|---|
| 1. 現在、訪問している
2. 今までに訪問したことはあるが、今はない
3. そのような訪問は今までにない
4. DK・NA |
|---|

→Q22-SQ1. [Q22で、1と答えた方にお尋ねします] そのような対象への訪問は、どのようなことを「きっかけ」としてなされることが多いですか。

X. 非該当

→Q22-SQ2. [Q22で、1と答えた方にお尋ねします] では、あなたは、現在あなたの全訪問対象者のうち、そのような対象をどのくらいかかえておられますか。あなたが現在かかえているすべての訪問対象者の数と、脳卒中後遺症のある訪問対象者について、それぞれのだいたいの数をお答え下さい。

脳卒中後遺症をもつ訪問対象者数	実件数	件	延件数	件
	X. 非該当			

Q22-SQ3へ

↳Q22-SQ3.〔Q22で、3と答えた方にお尋ねします〕それは、あなたの活動地域に脳卒中後遺症のある対象がいらないからですか。それとも、他の仕事が忙しく、そのような対象まで訪問する余裕がないからですか。その理由を具体的にお答え下さい。

X. 非該当

〔Q23は脳卒中後遺症のある対象を訪問した経験がある方にお尋ねします〕

Q23. あなたは、日頃脳卒中後遺症のある対象にはどのような業務を行なっていますか。つぎの中で該当するものがあれば、すべてお選び下さい。〔リスト提示〕

1. 保健指導
2. 療養上の世話についての指導や援助
3. 機能回復についての指導や援助
4. 職業復帰（内職などを含む）への援助や指導
5. 診療の介助
6. その他（具体的に記入）
- X. 非該当

Q23-SQ〔Q23で、1,2と答えた方にお尋ねします〕それでは、あなたは、「保健指導」、「療養上の世話についての指導や援助」として、日頃、どのようなことをなさっていますか。つぎの中から該当するものをすべてお選び下さい。〔リスト提示〕

1. 食生活やその介助についての指導や援助
2. 運動、休息、睡眠などの指導や援助
3. 検温、血圧などによるチェックの指導や援助
4. 服薬についての指導
5. 排泄やその介助についての指導や援助
6. 清潔の保持（清拭、洗髪、爪切など）についての指導や援助
7. 日常生活の動作の心得についての指導
8. 体位交換についての指導
9. 褥創の処置についての援助
10. 環境条件の整備についての指導
11. レクリエーション、家族間の人間関係など精神生活についての指導や援助
12. 定期的受診についての指導
13. 救急看護についての指導や援助
14. その他（具体的に記入）
15. DK・NA
- X. 非該当

Q24. ところで、あなたが脳卒中後遺症のある対象をケアする際、協力が必要と思われる職種にはどのようなものがありますか。つぎの中で該当するものがあれば、すべてお選び下さい。

また、あなたがお選びになった、それらの職種にあなたはどのような役割を期待されますか。具体的にお答え下さい。 〔リスト提示〕

1. 医師	2. 看護婦	3. 准看護婦
4. 理学療法士，作業療法士	5. 言語療法士	
6. マッサージ師，指圧師	7. ハリ，キュウ，あんま	
8. ホーム・ヘルパー	9. 栄養士	
10. (医療) ソーシャル・ワーカー	11. その他 ()

職 種 名	具 体 的 な 役 割

〔Q25, Q26は脳卒中後遺症のある対象を訪問した経験のある方にお尋ねします〕

Q25. それでは、あなたが現在、脳卒中後遺症のある対象をケアするにあたって、協力者となっている職種にはどのようなものがありますか。

また、現在あなたの協力者となっているそれら職種とのチームワークはどのようなですか。うまくいっている点、うまくいっていない点を区別して、それぞれ具体的にお答え下さい。

〔リスト提示〕

1. 医師	2. 看護婦	3. 准看護婦
4. 理学療法士，作業療法士	5. 言語療法士	
6. マッサージ師，指圧師	7. ハリ，キュウ，あんま	
8. ホーム・ヘルパー	9. 栄養士	
10. (医療) ソーシャル・ワーカー	10. その他 ()

職 種 名	うまくいっている点	うまくいっていない点
X. 非該当		

Q26. 脳卒中後遺症のある対象への訪問活動の中で、現在苦勞されている点、困難な点があれば、具体的にお答え下さい。

X. 非該当

さてつぎに、糖尿病のケアについてお尋ねします。

Q27. 近年、全国的に糖尿病の患者が増加してきていると言われていますが、あなたは、この糖尿病の診療にあたる医療スタッフとして、「医師のみで十分である」と思いますか、あるいは、「医師のみでなく他のスタッフとも協力する必要がある」と思いますか。

1. 医師のみで十分である
2. 医師のみでなく、他のスタッフとも協力する必要がある
3. DK・NA

Q27-SQ1. [Q27で、1と答えた方にお尋ねします] その理由をお聞かせ下さい。

X. 非該当

→Q27-SQ2. [Q27で、2と答えた方にお尋ねします] 医師以外のスタッフとしてはどのような職種との協力が必要とお考えですか。 [複数回答可]

1. 看護婦（士）
2. 准看護婦（士）
3. 看護助手、見習看護婦（無資格者）
4. 保健婦
5. 栄養士
6. （医療）ソーシャル・ワーカー
7. その他
8. DK・NA
- X. 非該当

Q27-SQ2-SQ [Q27-SQ2で、7.と答えた方にお尋ねします] その職種名を具体的にお聞かせ下さい。

X. 非該当

→Q27-SQ3. [Q27で、2と答えた方にお尋ねします] 医師と他のスタッフとの関係はどのような関係がよいとお考えですか。あなたがあげた協力すべき医師以外の職種の各々について、つぎの項目のなかから該当するものを1つお選び下さい。

1. すべて医師のもとに治療をおこない、他のスタッフは医師の仕事を補助する。
2. 医療チームとして、医師と他のスタッフが患者を中心とした協力・共同の立場で治療にあたる
3. どちらともいえない
4. DK・NA

Q27-SQ2	1	2	3	4	5	6	7	8	X. 非該当
Q27-SQ3									X. 非該当

Q27-SQ4へ

→Q27-SQ4. [医師以外の協力スタッフとして、保健婦をあげた方にお尋ねします] つぎのうち、保健婦が分担するのが適当と思われる項目をすべてお選び下さい。また、医師が担当すべき項目をすべてあげて下さい。 [リスト提示]

- | | |
|-------------------------|------------------|
| 1. 糖尿病の確定診断および症度、型の分類確定 | 3. 薬物療法の指示 |
| 2. 治療方針の確定 | |
| 4. 合併症および薬物副作用のチェック | |
| 5. 摂取カロリーの算出と指示 | 6. 食事療法の指導 |
| 7. 患者教育 | 8. 家族教育 |
| 10. 運動療法の指導 | 11. 生活指導（7と8は除く） |
| 12. DK・NA | X. 非該当 |

主に医師が担当する	
主に保健婦が担当する	

Q28. ところで、あなたは、糖尿病患者の訪問をしたことがありますか。

- | |
|------------------------|
| 1. 現在、訪問している |
| 2. 今までに訪問したことはあるが、今はない |
| 3. 訪問したことがない |
| 4. DK・NA |

Q28-SQ1. [Q28で、3と答えた方にお尋ねします] それはどのような理由からですか。

- | |
|---------------------------------|
| 1. 受持ち地域内に糖尿病患者がいない |
| 2. 糖尿病患者の訪問の必要性を感じない |
| 3. 訪問の必要な糖尿病患者がいるが時間がなくて手がまわらない |
| 4. その他 |
| 5. DK・NA |
| X. 非該当 |

Q28-SQ1-SQ [Q28-SQ1で、4と答えた方にお尋ねします] その理由を具体的にお聞かせ下さい。

X. 非該当

[以下、Q29～Q32は、Q28で、1.現在訪問していると答えた方にだけお尋ねします。]

Q29. 現在、何件の患者を訪問していますか。

件 X. 非該当

Q30. 訪問開始の契機を各ケースについて具体的にお聞かせ下さい

ケース 1	
ケース 2	

ケース 3		X. 非該当
ケース 4		
ケース 5		

Q31. あなたは、糖尿病患者のケアにあたって保健婦以外の職種の人と協力していますか。

- | |
|------------|
| 1. 協力している |
| 2. 協力していない |
| X. 非該当 |

Q31-SQ1. [Q31で、2と答えた方にお尋ねします] その理由を具体的におしえて下さい。

X. 非該当

→Q31-SQ2. [Q31で、1と答えた方にお尋ねします] どのような職種と協力していますか。

X. 非該当

→Q31-SQ3. [Q31で、1と答えた方にお尋ねします] それらの職種との協力関係をあなたご自身はどのように評価されていますか。うまくいっている点、うまくいっていない点に分けて、具体的にお聞かせ下さい。

職 種 名	うまくいっている点	うまくいっていない点
X. 非該当		

Q32. 現在、糖尿病患者のケアで困難な面や苦勞している点がありますか。

- | |
|----------|
| 1. とくにない |
| 2. ある |
| 3. DK・NA |
| X. 非該当 |

Q32-SQ [Q32で、2と答えた方にお尋ねします] どのようなことか、具体的にお聞かせ下さい。

--

それではつぎに、保健婦活動に対する周囲の理解などについてお尋ねします。

Q33. 町長、助役、収入役などの理事者の保健婦活動に対する理解は感じられますか。

町 長	
助 役	
収入役	

Q34. あなたの活動は、地域住民に支持され、期待されていると思いますか。

- | |
|--|
| 1. たいへん支持され、期待されていると思う
2. まあまあ支持され、期待されていると思う
3. あまり支持され、期待されているとは思わない
4. 支持され、期待されていない
5. どちらともいえない |
|--|

Q35. また、あなたの活動は、地域の医師らに認められていると思いますか。

- | |
|--|
| 1. たいへん認められている
2. まあまあ認められている
3. あまり認められていない
4. 認められていない
5. どちらともいえない
6. 受持ち地域に医師は全くいない |
|--|

Q36. ところで、あなたは、ご自分を「地元の人」と思っていますか。

- | |
|-----------------|
| 1. はい
2. いいえ |
|-----------------|

Q37. 同僚との関係はうまくいっていますか。

- | |
|---|
| 1. うまくいっている
2. まあまあうまくいっている
3. あまりうまくいっていない
4. 全くうまくいっていない
5. どちらともいえない |
|---|

Q38. パートナーに事務職の方がいますか。

- | |
|------------------------------|
| 1. いる（ 人）
2. いない |
|------------------------------|

ではつぎに、あなたが日頃、保健婦の仕事をどのように考えておられるかについてお尋ねします。

Q39. あなたは、今の仕事に満足していますか。

- | |
|---|
| 1. 満足している
2. まあまあ満足している
3. あまり満足していない
4. 不満である
5. どちらともいえない
6. DK・NA |
|---|

Q39-SQ〔Q39で、3,4と答えた方にお尋ねします〕どのようなことが満足しない理由ですか。

X. 非該当

Q40. あなたは、今の仕事に生きがいを感じていますか。

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 大いに感じている | 2. やや感じる |
| 3. ほとんど感じていない | 4. まったく感じていない |
| 5. どちらともいえない | 6. DK・NA |

Q40-SQ〔Q40で、1,2と答えた方にお尋ねします〕どのようなことに、特に、生きがいを感じますか。

X. 非該当

Q41. あなたは、今の仕事に誇りを感じていますか。

- | | |
|----------------|--------------|
| 1. 大へん誇りに思う | 2. まあ誇りに思う |
| 3. ほとんど誇りに思わない | 4. 全く誇りに思わない |
| 5. どちらともいえない | 6. DK・NA |

Q42. 現在、仕事はあなたの思い通りにいっている方ですか。

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1. かなり思い通りにいっている | 2. まあまあ思い通りにいっている |
| 3. ほとんど思い通りにいかない | 4. 全く思い通りにいかない |
| 5. どちらともいえない | 6. DK・NA |

Q42-SQ〔Q42で、3,4と答えた方にお尋ねします〕どのようなことが、どんな理由で思い通りに行かないのですか。

X. 非該当

Q43. あなたは、今後もこの仕事を続けようと思っていますか。

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. ぜひ続けたいと思う | 2. 続けてよいと思う |
| 3. あまり続けたくない | 4. やめたい |
| 5. どちらともいえない | 6. DK・NA |

Q43-SQ〔Q43で、3,4と答えた方にお尋ねします〕その理由はどうしてですか。具体的にお話し下さい。

X. 非該当

Q44. あなたは、家庭生活と保健婦業務の両立の困難性を感じますか。

- | | | |
|-------------|--------------|------------|
| 1. 強く感じる | 2. まあ感じる | 3. あまり感じない |
| 4. 全く感じない | 5. どちらともいえない | |
| 6. 同居家族はいない | 7. DK・NA | |

→Q44-SQ1.〔Q44で、1,2と答えた方にお尋ねします〕どのような点で両立させるのが困難だと、お感じになりますか。具体的にお聞かせ下さい。

X. 非該当

→Q44-SQ2.〔Q44で、1,2と答えた方にお尋ねします〕そのような場合、家庭生活と保健婦業務とで、どちらを優先させることが多いですか。

- | |
|-------------------------|
| 1. どちらかといえば、家庭生活を優先させる |
| 2. どちらかといえば、保健婦業務を優先させる |
| 3. どちらともいえない |
| 4. DK・NA |
| X. 非該当 |

Q45. ところで、あなたの現在の健康状態はいかがですか

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 大へん良好である | 2. まあ良好である |
| 3. 不調なところがある | 4. 病気をかかえている |
| 5. DK・NA | |

Q45-SQ〔Q45で、3,4と答えた方にお尋ねします〕どんなところが具合よくありませんか。具体的にお聞かせ下さい。

X. 非該当

Q46. あなたの有給休暇の消化具合についてお尋ねしますが、ところで、あなたは有給休暇がとれますか。

- | |
|---------|
| 1. とれる |
| 2. とれない |

Q46-SQ1.〔Q46で、2と答えた方にお尋ねします〕とれないのはどうしてですか、具体的にお聞かせ下さい。

Q46-SQ2へ

→Q46-SQ2.〔Q46で、1と答えた方にお尋ねします〕短期病欠や家族の看護休暇を振り替えることがありますか。

- | |
|-------|
| 1. ある |
| 2. ない |

Q47. あなたは、保健婦業務が「きつい」と思ったことがありますか。

- | | | |
|--------------|------------|-------------|
| 1. 大へんきつい | 2. それほどでない | 3. きついと思わない |
| 4. どちらともいえない | 5. DK・NA | |

Q47-SQ 〔Q47で、1と答えた方にお尋ねします〕どういうことが「きつい」と思いますか。具体的にお聞かせ下さい。

X. 非該当

Q48. あなたは、「仕事がおもしろくない」と感じていることがありますか。

- | |
|----------|
| 1. ある |
| 2. ない |
| 3. DK・NA |

Q48-SQ 〔Q48で、1と答えた方にお尋ねします〕それは、どんな点にですか。具体的にお聞かせ下さい。

X. 非該当

Q49. あなたは、「職場の人間関係がむずかしい」と感じていることがありますか。

- | |
|----------|
| 1. ある |
| 2. ない |
| 3. DK・NA |

Q49-SQ 〔Q49で、1と答えた方にお尋ねします〕それは、どんなことですか。具体的にお話し下さい。

X. 非該当

Q50. あなたは、これまで仕事上で困った問題をかかえた経験がありますか。

- | |
|----------|
| 1. ある |
| 2. ない |
| 3. DK・NA |

Q50-SQ1へ

→Q50-SQ1.〔Q50で、1と答えた方にお尋ねします〕それは、どういう問題でしたか。具体的にお話し下さい。

X. 非該当

→Q50-SQ2.〔Q50で、1と答えた方にお尋ねします〕その問題は、どのようにして解決しましたか。

X. 非該当

Q51. あなたは、現在の業務を遂行するのに、現在の保健婦人員で十分と思いますか。

- | |
|--------------|
| 1. 十分である |
| 2. 足りない |
| 3. どちらともいえない |
| 4. DK・NA |

Q51-SQ〔Q51で、2と答えた方にお尋ねします〕足りないと思う理由はどうしてですか。また、その場合、あと何人ほどいればいいと思いますか。その根拠も合わせて、具体的にお話し下さい。

理由	X. 非該当	
あと 人	根 拠	

Q52. あなたは、健康保険や年金等の書類の書き換えやレセプトの記入、あるいは、乳児や妊婦検診の受診票の整理などのような事務的な仕事にどの程度かかわっておられますか。また、これらの他にも、事務的な仕事でなさっておられるものがありましたら、お話し下さい。

--

Q53. それでは、最後に、保健婦業務の遂行について、何か不満や困難があるかどうかについてお尋ねします。どんなことでも結構ですので、ありましたら、お話し下さい。

--

F 1. サンプル番号

医師と保健婦についての調査

1977年3月

東京大学医学部保健学科
保健社会学教室

F 2. 氏 名

F 3. 生 年 月

M・T・S

年

月

F 4. 自宅住所

F 5. 標榜科目

- | | | | |
|----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 内 科 | 2. 小 児 科 | 3. 産婦人科 | 4. 放射線科 |
| 5. 理学療法科 | 6. 外 科 | 7. 整形外科 | 8. 精神・神経科 |
| 9. 皮 膚 科 | 10. 耳鼻咽喉科 | 11. その他 (|) |

F 6. 医療機関名

F 7. 医療機関所在地

F 8. 病 床 数

F 9. 医療従事者数

	常 勤	非 常 勤
1. 医師（本人を除く）	人	人
2. 看護婦（士）	人	人
3. 准看護婦（士）	人	人
4. 看護助手・見習い看護婦	人	人
5. 栄 養 士	人	人
6. 薬 剤 士	人	人
7. その他（具体的に）		

この調査で保健婦というのは保健所または市町村に勤務する保健婦をさします。

<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div>	1. あ る
	2. な い
	3. DK・NA

1. 保健所や市町村が行なう予防接種や検診など
2. 母親学級その他の保健指導・生活指導など
3. 保健婦からの患者に関する相談や連絡など
4. 医師からの患者に関しての保健婦への連絡など
5. その他〔具体的に記入〕
6. DK・NA

X. 非 該 当

1. 保健婦と接触する必要性は認めるが、その機会がなかったから
2. 保健婦の業務がよくわからなかったから
3. 保健婦と接触する必要性を認めなかったから
4. その他〔具体的に記入〕
5. DK・NA

X. 非 該 当

Q 2. 先生は、これまで、保健婦の活動や言動などによって、先生のお仕事がやりやすくなった
り、助けられたりしたとお感じになられたことがありましたか。

☐

- | | | |
|----|-------|---|
| 1. | あ | る |
| 2. | な | い |
| 3. | DK・NA | |

→ Q 2-SQ [Q 2で、1.あると答えた方にお尋ねします] その内容を具体的にお話し下
さい。

☐

X. 非 該 当

Q 3. では逆に、先生がこれまで、保健婦の活動や言動などによって、先生のお仕事がやりにく
くなったり、障害になったりしたとお感じになられたことはありましたか。

☐

- | | | |
|----|-------|---|
| 1. | あ | る |
| 2. | な | い |
| 3. | DK・NA | |

→ Q 3-SQ [Q 3で、1.あると答えた方にお尋ねします] その内容を具体的にお話し下
さい。

☐

X. 非 該 当

Q 4. 先生は、保健婦の活動や仕事の分野としては、このうちではどれが重要であるとお考えですか。順序をつけてお答え下さい。また、これらの他にも重要だと思われるものがありましたら具体的にお答え下さい。〔リスト1提示〕

☐

1. 診療や健康診断の際の医師の補助

(たとえば、予防注射、投薬、諸検査など)

☐

2. 在宅の病人や障害者の世話および介助の指導

(たとえば、訪問看護や家庭訪問指導など)

☐

3. 健康人に対する保健指導や生活指導

(たとえば、衛生教育や地域組織育成活動など)

4. その他〔具体的に記入

〕

5. DK・NA

Q 5. 次に、医師と保健婦との仕事や業務の分担のあり方についての先生のお考えをお尋ねします。以下の項目のうち、1. 医師が自身で行なう方が望ましいとお考えのものには「医師」、2. 医師の指示のもとに保健婦が行なう方が望ましいとお考えのものには「医師と保健婦」、3. 保健婦独自の判断で行なうことが望ましいとお考えのものには「保健婦」と分けてお答え下さい。

Q 5 - 1. 予防注射

☐

1. 医 師

2. 医師と保健婦

3. 保 健 婦

4. その他〔

〕

5. DK・NA

Q 5 - 2. 検診時における生活指導

☐

1. 医 師

2. 医師と保健婦

3. 保 健 婦

4. その他〔

〕

5. DK・NA

Q 5 - 3. 慢性疾患患者への生活指導

☐

1. 医 師

2. 医師と保健婦

3. 保 健 婦

4. その他〔

〕

5. DK・NA

1. 医 師
2. 医師と保健婦
3. 保 健 婦
4. その他〔
5. DK・NA



1. 医 師
2. 医師と保健婦
3. 保 健 婦
4. その他〔 〕
5. DK・NA

1. 医 師
2. 医師と保健婦
3. 保 健 婦
4. その他〔 〕
5. DK・NA

- | | |
|---------------------|---|
| 1. <u>期待している</u> | |
| 2. <u>期待していない</u> | |
| 3. <u>どちらともいえない</u> | |
| 4. その他〔 | 〕 |
| 5. DK・NA | |



X. 非 該 当

Q 6 - S Q 2 ~

→ Q 6 - S Q 2. [Q 6 で、2. 期待していない、と答えた方にお尋ねします] 先生が保健婦の役割や働きを期待していないのはなぜですか。具体的にお話し下さい。

☐

X. 非 該 当

つぎに、保健婦に対して、先生が日頃お感じになっておられることをお尋ねします。

Q 7. 以下に読み上げる文章に、「そう思う」、「そんなことはない」のどちらかで答え下さい。

Q 7 - 1. 保健婦は、医師が期待する業務を遂行する能力を持っている。

☐

そう思う	どちらとも 言えない	そんなこと はない	わからない	答えたく ない
1	2	3	8	9

Q 7 - 2. 保健婦の受けている教育の程度は低い。

☐

そう思う	どちらとも 言えない	そんなこと はない	わからない	答えたく ない
1	2	3	8	9

Q 7 - 3. 保健婦は、自分に与えられた役割をやりとげる意欲に乏しい。

☐

そう思う	どちらとも 言えない	そんなこと はない	わからない	答えたく ない
1	2	3	8	9

Q 7 - 4. 保健婦といっしょに仕事をするとな面倒が起りやすい。

☐

そう思う	どちらとも 言えない	そんなこと はない	わからない	答えたく ない
1	2	3	8	9

Q 7 - 5. 保健婦は、自分の仕事に対する責任感が強い。

☐

そう思う	どちらとも 言えない	そんなこと はない	わからない	答えたく ない
1	2	3	8	9

つぎに、糖尿病の患者の治療を例にとって、主に医師と他の保健医療従事者とのかわりに
についてお伺いします。

Q 8. 先生は、自験例として糖尿病の患者さんの診療にあたられたことがおありですか。

☐

- 1. あ る
- 2. な い
- 3. DK・NA

→ Q 8-S Q (Q 8で、1. あると答えた方にお尋ねします) それはいつ頃ですか。

☐

- 1. 現在、糖尿病の患者の診療をしている
- 2. いまは糖尿病の患者がいないが、ここ3年の間には診療にあたったことがある
- 3. ここ3年の間には糖尿病の患者を診療したことはない
- 4. DK・NA
- X. 非 該 当

Q 9. さて、先生は、この糖尿病の診療にあたる医療スタッフとして、「医師のみで十分である」
と思いますか、あるいは、「医師のみでなく他のスタッフとも協力する必要がある」と思
いますか。

☐

- 1. 医師のみで十分である
- 2. 医師のみでなく、他のスタッフとも協力する必要がある
- 3. DK・NA

→ Q 9-S Q 1. (Q 9で、1.と答えた方にお尋ねします) その理由をおきかせ下さい。

☐

X. 非 該 当

Q 9-S Q 2. }
Q 9-S Q 3. } へ
Q 9-S Q 4. }

→ Q 9 - S Q 2. [Q 9 で、2. と答えた方にお尋ねします] 医師以外のスタッフとしてはどのような職種との協力が必要とお考えですか。次の項目のなかから該当するとお考えのものをすべてお選び下さい。〔リスト2提示〕

1. 看護婦(士) 2. 准看護婦(士) 3. 看護助手・見習看護婦(無資格者)
4. 保健所・市町村保健婦 5. 自院の保健婦 6. 栄養士
7. 薬剤師 8. 臨床検査技師
9. ソーシャル・ケース・ワーカー(医療ソーシャル・ワーカーを含む)
10. その他〔具体的に記入〕
11. DK・NA
- X. 非該当

→ Q 9 - S Q 3. [Q 9 で、2. と答えた方にお尋ねします] 医師と他のスタッフとの関係はどのような関係がよいとお考えですか。Q 9 - S Q 2 であげられた職種別に、つぎの項目のなかから該当するものを1つお選び下さい。〔リスト3提示〕

1. すべて医師の指示のもとに治療をおこない、他のスタッフは、医師の仕事を補助する
2. 医療チームとして、医師と他のスタッフが患者を中心とした協力・共同の立場で治療にあたる
3. どちらともいえない
4. DK・NA

Q 9 - S Q 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X. 非該当
Q 9 - S Q 3											X. 非該当

→ Q 9 - S Q 4 [Q 9 で、2. と答えた方にお尋ねします] ところで、糖尿病の診療にあたって、主に医師が担当しなくてはならないと考えられるものすべてを、つぎの項目からお選び下さい。〔リスト4提示〕

1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
X	

1. 糖尿病の確定診断および症度・型の分類確定
2. 治療方針の確定 3. 薬物療法の指示
4. 合併症および薬物副作用のチェック
5. 摂取カロリーの算出と指示 6. 食事療法の指導
7. 患者教育 8. 家族教育 9. 運動療法の処方
10. 運動療法の指導 11. 生活指導(7.と8.は除く)
12. DK・NA
- X. 非該当

『これからは、Q 8 で、1. と答えた方にお尋ねします。』

Q 1 0. 糖尿病の食事療法は、糖尿病と診断された直後から一生涯続けられるものですが、日常生活にたいへん影響されやすいところから、ともするとこれが乱れがちになり、定期的な通院さえもおこたりがちになりやすいといわれています。

ところで、先生のところでは、糖尿病患者が円滑な療養を継続するために何か手だてをとられていますか。

- ☐ 1. なにも手だてをとっていない
2. 手だてをとっている
3. DK・NA
X. 非 該 当

→ Q 1 0 - S Q 1. [Q 1 0. で、1. と答えた方にお尋ねします] その理由をつぎの項目から1つお選び下さい。[リスト5提示]

- ☐ 1. とくに手だてをとらなくても治療が円滑におこなえていると思っているから
2. 患者自身のことなのだから、医師の指示を守らないのは放置しておいてよいと考えているから
3. 食事指導や定期受診が守られないので、気にはしているのだが、日常診療が忙がしくて手がまわらない状態だから
4. その他〔具体的に記入〕
5. DK・NA
X. 非 該 当

Q 1 0 - S Q 2. へ

→ Q10-SQ2. [Q10で、2.と答えた方にお尋ねします] それはどのような手だてですか。つぎの項目から該当するものすべてをお選び下さい。[リスト6提示]

1	2
3	4
5	6
X	

1. 定期的な来診を指示し、時々医師が患者宅を訪問して様子をみたり、指導している
2. 定期的な来診を指示するだけでなく、主に看護婦が患者宅を訪問して食事療養その他の点検や生活指導をおこない、医学的管理面で必要に応じ医師が診察したり、定期的な診察をおこなっている。
3. 定期的な来診を指示し、保健婦と連絡をとって保健婦に患者宅を訪問してもらい食事の点検やその他の指導を受けもってもらい、医学的管理面で必要に応じ医師が診察したり、定期的な診察をおこなっている。
4. 糖尿病患者会が組織されていて、患者同志の自主的な生活チェックなどがおこなわれており、医療スタッフはそれを専門的な立場から援助している。
5. その他
6. DK・NA
- X. 非該当

Q10-SQ2-SQ1. [Q10-SQ2で、5.と答えた方にお尋ねします] 具体的にどのような手だてをおこなわせて下さい。

☐

X. 非該当

→ Q10-SQ2-SQ2. [Q10-SQ2で、3.と答えた方にお尋ねします] 保健婦との連絡はスムーズにいかないことが多いですか。

☐

1. スムーズにいている
2. スムーズでないことが多い
3. DK・NA
- X. 非該当

→ Q10-SQ2-SQ2-SQ [Q10-SQ2-SQ2で、2.と答えた方にお尋ねします] スムーズにいかないことはどのようなことで、その原因は何であるとお考えでしょうか。具体的におきかせ下さい。

☐

X. 非該当

Q11. ところで、先生のところでは、実際に食事指導は主にどなたが担当されていますか。

☐

1. 医師がおこなっている
2. 医師以外のスタッフが担当している
3. DK・NA

→Q11-SQ1. (Q11で、1.と答えた方にお尋ねします) その理由を具体的におきかせ下さい。

☐

X. 非該当

→Q11-SQ2. (Q11で、2.と答えた方にお尋ねします) それはどなたが担当していますか。該当する職種を全てお答え下さい。

1	2
3	4
5	6
7	8
X	

1. 看護婦(士)、准看護婦(士)(有資格者)
2. 看護助手・見習看護婦(無資格者)
3. 自院の保健婦
4. 自院の栄養士
5. 保健所および市町村保健婦もしくは栄養士
6. ソーシャル・ケース・ワーカー(医療ソーシャル・ワーカーを含む)
7. その他〔具体的に記入〕
8. DK・NA
- X. 非該当

Q11-SQ3. へ

→ Q11-SQ3. [Q11で、2.と答えた方にお尋ねします] 実際の食事指導はどのようにおこなわれていますか。つぎの項目から1つお選び下さい。[リスト7提示]

☐

1. すべて医師の指示と監督のもとにおこなわれている
2. 看護婦や保健婦などの医師以外のスタッフが主体となっておこなっており、医師は医療チームのメンバーとして助言している
3. その他
4. DK・NA
- X. 非該当

→ Q11-SQ3-SQ [Q11-SQ3で、3.と答えた方にお尋ねします]、具体的におきかせ下さい。

☐

X. 非該当

Q12. 先生のところでは、糖尿病治療の中断や保健指導の無視や生活とか療養実態の把握などで苦労されたことはありますか。

☐

1. ある
2. ない
3. DK・NA

→ Q12-SQ [Q12で、1.と答えた方にお尋ねします] どのようなことで苦労をされたか具体的におきかせ下さい。

☐

X. 非該当

つぎに、脳卒中後遺症のある患者の診療活動についてお伺いします。

Q 1 3. 先生は、自験例として脳卒中後遺症のある患者の診療にあたられたことがありますか。

☐

- | | |
|----------|---|
| 1. あ | る |
| 2. な | い |
| 3. DK・NA | |

→ Q 1 3 - S Q [Q 1 3 で、1. ある、と答えた方にお尋ねします] それはいつ頃ですか。

☐

- | |
|---------------------------------------|
| 1. 現在、脳卒中後遺症患者がおり、診療している |
| 2. 現在は脳卒中後遺症患者はいないが、ここ3年の間には診療したことがある |
| 3. ここ3年間は脳卒中後遺症患者はいない |
| 4. DK・NA |
| X. 非 該 当 |

Q 1 4. そのような脳卒中後遺症患者を診療する際、先生は担当する医療スタッフとして、医師のみで十分であると思いますか、あるいは、医師だけではなく、それ以外のスタッフとも協力する必要があると思いますか。

☐

- | |
|----------------------------------|
| 1. 医師のみで十分である |
| 2. 医師だけではなく、それ以外のスタッフとも協力する必要がある |
| 3. DK・NA |

→ Q 1 4 - S Q 1. [Q 1 4 で、1. と答えた方にお尋ねします] その理由をおきかせ下さい。

☐

X. 非 該 当

Q 1 4 - S Q 2. } ~
Q 1 4 - S Q 3. }

→ Q14-SQ2. [Q14で、2.と答えた方にお尋ねします] 医師以外のスタッフとしてはどのような職種との協力が必要とお考えですか。つぎの中から該当するものすべてをお選び下さい。〔リスト8提示〕

- | | | |
|------------------------|-----------------|---------|
| 1. 理学療法士、作業療法士、言語訓練士 | | |
| 2. マッサージ師、指圧師 | 3. ハリ、キュウ、あんま | |
| 4. 看護婦（士） | 5. 准看護婦（士） | |
| 6. 看護助手、見習看護婦 | 7. 保健婦（保健所、市町村） | |
| 8. 自院の保健婦 | 9. 栄養士 | 10. 薬剤師 |
| 11. （医療）ソーシャル・ケース・ワーカー | | |
| 12. 臨床検査技師、診療X線技師 | | |
| 13. その他〔具体的に記入〕 | | |
| 14. DK・NA | | |
| X. 非該当 | | |

→ Q14-SQ3. [Q14で、2.と答えた方にお尋ねします] では、その際医師とその他のスタッフとの関係はどのようなものがよいとお考えですか。つぎの1、2、のうち、先生のお考えにどちらかといえば、近いと思われるものを、Q14-SQ2でお選びになった職種のスタッフのそれぞれについて1つずつお答え下さい。〔リスト9提示〕

- すべて医師の指示のもとに診療をおこない、その職種のスタッフは医師の仕事を補助する。
 - 医師とその職種のスタッフは、協力関係のもとに診療をおこなう。
 - DK・NA
- X. 非該当

Q14-SQ2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	X
Q14-SQ3														X

つぎに、Q13で、ここ3年間の間に、自験例として脳卒中後遺症患者を診療したことがあると答えられた先生にお伺いします。『それ以外の方はQ18にお移り下さい。』

1
2
3
4
5
6
7
8
X

Q15. 日頃、先生のところでは、脳卒中後遺症患者についてどのような診療がなされていますか。つぎの診療業務のうち該当するものがあればすべてお選び下さい。〔リスト10提示〕

- | | |
|----------------|------------------------------|
| 1. 鑑別診断、治療の実施 | 2. 再発、合併症のチェックとその予防 |
| 3. 生活指導 | 4. 本人、家族に診断、治療などの方針を伝え、理解させる |
| 5. 機能訓練の方針をたてる | |
| 6. 機能訓練の実施 | 7. その他 具体的に |
| 8. DK・NA | |
| X. 非該当 | |

1
2
3
4
5
6
7
8
9
X

Q15-SQ1. 〔Q15で、3.と答えた方にお尋ねします〕 それでは、日頃先生のところでは生活指導として主にどのようなことをなさっていますか。つぎの中から該当するものをすべてお選び下さい。〔リスト11提示〕

- | | |
|-----------------------------------|---------------------|
| 1. 食生活についての指導 | 2. 運動、休息、睡眠などの指導 |
| 3. 血圧管理についての指導 | 4. 日常生活動作の心得についての指導 |
| 5. 定期的な受診の必要性についての指導 | |
| 6. レクリエーション、家族間の人間関係など精神生活についての指導 | |
| 7. 家族などに対する介護についての指導 | |
| 8. 服薬についての指導 | |
| 9. DK・NA | |
| X. 非該当 | |

1
2
3
4
5
6
7
8
X

Q15-SQ2. 〔Q15-SQ1で、1～8と答えた方にお尋ねします〕 これらの指導業務のうち、日頃実行できないが、ぜひ実行する必要があるものがございましたら、その番号をすべてお答え下さい。〔リスト11提示〕

Q15-SQ1	1	2	3	4	5	6	7	8	X. 非該当
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

Q15-SQ3へ

Q15-SQ4へ

Q15-SQ5へ

1
2
3
4
5
6
7
8
X

Q15-SQ3. [Q15-SQ1で、1～8と答えた方にお尋ねします] また、これらの指導業務のうち、医師以外のスタッフでも、医師の指示のもとであれば実行できるし、それが必要なものがありますか。該当するものすべてをお答え下さい。

[リスト11提示]

Q15-SQ1	1	2	3	4	5	6	7	8	X. 非該当
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

Q15-SQ3-SQ [Q15-SQ3で、1～8のいずれかを答えた方にお尋ねします]
それらを担う医師以外のスタッフとしてはどのような職種が適当だと思いますか。つぎの中から、適当だと思われるものがありましたら、それぞれ該当するもの3つまでお答え下さい。[リスト12提示]

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 1. 看護婦(士)、准看護婦(士) | 2. 保健婦 |
| 3. 理学療法士、作業療法士、言語療法士 | 4. マッサージ師、指圧師 |
| 5. ハリ、キュー、あんま | 6. ホームヘルパー |
| 7. 栄養士 | |
| 8. (医療)ソーシャル・ケース・ワーカー | |
| 9. DK・NA | |
| X. 非該当 | |

Q15-SQ3	1	2	3	4	5	6	7	8	X. 非該当
Q15									
SQ3-SQ									X. 非該当
(職種)									

1
2
3
4
5
6
7
8
9
X

Q15-SQ4. [Q15で、5.と答えた方にお尋ねします] 日頃、先生が機能訓練の方針をたてる際、経験としてとかく軽視されやすいこととしてはどんなことがありますか。つぎの中で該当するものがありましたら、すべてお答え下さい。[リスト13提示]

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 1. 機能訓練の開始時期 | 2. 機能訓練をする身体の部位 |
| 3. 合併症の有無など身体の状態 | 4. 現在の機能障害の程度 |
| 5. 患者の将来の職業、家庭生活の適応問題 | 6. 機能訓練の量と回数 |
| 7. 機能訓練への本人、家族の意欲の度合 | |
| 8. その他〔 | 〕 |
| 9. DK・NA | X. 非該当 |

Q15-SQ5 へ

↓
Q15-SQ5. [Q15で、6.と答えた方にお尋ねします] つぎに、日頃、先生が機能訓練を実施するといった際、どこまでご自分でなさっていますか。つぎの中で該当するものがあればすべてお答え下さい。〔リスト14提示〕

1	2
3	4
5	6
X	

- | |
|------------------------------|
| 1. 最初からすべて自分で訓練を実施 |
| 2. 訓練の最初だけ実施 |
| 3. 訓練の方針をたてるための実施 |
| 4. 方針の変更にもなって新しく訓練を開始するときに実施 |
| 5. その他〔具体的に記入〕 |
| 6. DK・NA |
| X. 非 該 当 |

↓
Q15-SQ5-SQ [Q15-SQ5で、2～4と答えた方にお尋ねします] では、実際の全般的な機能訓練については、日頃、先生の指示のもとで、どのようなスタッフがおこなっていますか。つぎの中から該当するものがあればすべてお答え下さい。〔リスト15提示〕

1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
X	

- | |
|----------------------|
| 1. 看護婦(士)、准看護婦(士) |
| 2. 看護助手、見習看護婦(無資格) |
| 3. 保健婦(保健所、市町村) |
| 4. 自院の保健婦 |
| 5. 家族、親戚 |
| 6. 理学療法士、作業療法士、言語訓練士 |
| 7. マッサージ師、指圧師 |
| 8. ホーム・ヘルパー |
| 9. その他〔具体的に記入〕 |
| 10. DK・NA |
| X. 非 該 当 |

Q 16. 先生のところでは、脳卒中後遺症患者の治療や訓練の中断、保健指導を守らない、などで苦勞されたことがおありですか。

☐

1. あ る
2. な い
3. DK・NA

→ Q 16-SQ [Q 16で、1.ある、と答えた方にお尋ねします] それはどんなことでしたか。次の中から該当するものがあればすべてお答え下さい。〔リスト16提示〕

1	2
3	4
5	6
7	X

1. 通院の中断
2. 血圧管理が守られない
3. 生活指導が守られない
4. 服薬が守られない
5. 家族などが介護をうまくできない
6. その他〔具体的に記入〕
7. DK・NA
- X. 非 該 当

Q 17. また、先生のところでは、このような脳卒中後遺症患者の治療、療養、機能訓練などを円滑に進めるために何か手だてや工夫をなさっていますか。つぎの中で、該当するものがあれば1つお答え下さい。〔リスト17提示〕

☐

1. とくに手だてをとっていない
2. 患者に定期的な来診をうながし、ときどき医師が患者宅を訪問して様子をみたり、指導をしている
3. 定期的な来診をうながすだけではなく、自院の看護婦などが患者宅を訪問して、指示したことのチェックや生活指導や介護上の指導などをしている
4. 定期的な来診をうながすだけではなく、市町村もしくは保健所の保健婦などと連絡をとって、保健婦に患者宅を訪問してもらい、指示内容のチェックや生活指導や介護上の指導などをしてもらっている
5. その他〔具体的に記入〕
6. DK・NA

→ Q 17-SQ [Q 17で、1.と答えた方にお尋ねします] その理由として、つぎの中に該当するものがあれば1つお答え下さい。〔リスト18提示〕

☐

1. とくに手だてをとらなくとも治療などは円滑におこなえていると思うから
2. 患者自身の問題であるから、医師の指示を守らないものにそれ以上、手だてをとることはないと考えているから
3. 定期受診、生活指導が守られないので、気にはしているが日常診療が忙しく手がまわらない状態だから
4. その他〔具体的に記入〕
5. DK・NA
- X. 非 該 当

Q18. ところで、日頃、先生は保健婦あるいは看護婦などに患者の病状について質問された際、
☐ どのような対応をなさることが多いですか。つぎのうち該当するものがあれば1つお答え下さい。〔リスト19提示〕

- | | |
|--|--|
| 1. そのような経験はない | |
| 2. 病状についてよく説明し、自分の方針を理解させ、保健婦、看護婦などがこちらに必要な連絡をとれるようにしている | |
| 3. 病状の説明だけにとどめることが多い | |
| 4. その他〔具体的に記入〕 | |
| 5. DK・NA | |

最後に、先生ご自身のことについてお尋ねします。

F10. 卒業大学（医専）名

F11. 卒業年次

M・T・S 年

F12. 研究機関名

F13. 入局先

F14. 勤務経験

- | | |
|------|---|
| 1. あ | る |
| 2. な | い |

	(期 間)	(勤 務 先)
M・T・S	年～ 年〔	〕
M・T・S	年～ 年〔	〕
M・T・S	年～ 年〔	〕
M・T・S	年～ 年〔	〕

F15. 初めての開業年

M・T・S 年

F16. 現在地における開業年

M・T・S 年

☐ F 1 7. 現在所属の区または
郡医師会加入年

M・T・S	年
-------	---

☐ F 1 8. 現在所属の区または郡医師会役員（理事以上）経験の有無

1. あ る	→	(役 職 名)	(期 間)
2. な い		[M・T・S 年～ 年	
		[M・T・S 年～ 年	
		[M・T・S 年～ 年	
		[M・T・S 年～ 年	

☐ F 1 9. 保健所で実施する集団検診などへの参加

1. な し	2. 乳 児 検 診	3. 3才児検診
4. 妊産婦検診	5. 成人病検診	6. 予 防 接 種
7. その他〔具体的に記入〕		

☐ F 2 0. そのほかに保健所の嘱託医としての経験（その期間と種類）

1. あ る	→	
2. な い		

長い間、どうもありがとうございました。

SUMMARY

The Organization of Community Health Services
—— A Study on Mutual Role-expectation between
Doctors and Public Health Nurses

SHIGEMASA SATO
KYOICHI SONADA
TADAYASU MAKINO
TSUNETSUGU MUNAKATA

This paper describes the mutual role-expectation between doctors & public health nurses concerning the preventive health activity and nursing. The information was gathered through the scheduled interviews with physicians (N=65) in rural-urban area and public health nurses (N=39) registered at local official public health agencies. Our results indicate the following three suppositions:

- (1) It is generally interpreted that the doctors & public health nurses tend to cooperate with each other in the care of diabetics and the patients with post cerebral apoplectic syndrome.
- (2) In the care of them, the doctors take the major roles in the diagnosis treatment and the directive role

of preventive health services. The public health nurses take the roles in the nursing care, rehabilitation services, and preventive health services. And on the whole their roles are mutually expected between the doctors & public health nurses.

- (3) But in fact, the doctors & the public health nurses do not well cooperate with each other. Today, in order to increase cooperation, the following two ideas are needed. First, they should make every effort to be reliable each other in the patient-oriented care. Second, it should be possible for public health nurses to take the roles of co-workers, not of assistants.

日本看護協会調査研究報告（既刊）

No. 1

看護婦不足問題の再検討	宗 像 恒 次
— 病院看護婦不足問題を中心として —	
看護婦不足問題の展望：労働市場論からの接近	梅 谷 俊一郎
青少年の職業観：職業意識と看護婦不足問題	岡 本 英 雄
老人の看護的ケアの必要性の研究	遠 藤 千恵子
看護職の労働条件（給与・労働時間）に関する諸問題	波多野 梗 子
— 保険料金問題にも言及しつつ —	宗 像 恒 次
看護婦の生活（健康・結婚・育児）をめぐる諸問題	宗 像 恒 次
看護婦の労働疎外問題	宗 像 恒 次
専門職観の相違にみる看護組織内コンフリクト	宗 像 恒 次
病院に万全の看護体制を確保するための財務管理の研究	石 原 信 吾
看護者の諸意識とその相互連関	石 川 晃 弘
— 実態調査を中心として —	犬 塚 先
効果的な自己研修と条件整備	舟 浮 房 子
近代日本における＜国民社会看護＞の原型	稲 上 穀
— 明治期の看護労働の世界 —	橋 本 やよい

No. 2

看護婦の継続学習に関する報告(2)	外 口 玉 子
— 働きながら大学に学ぶ看護婦の動態からみた継続学習の在り方 —	中 山 洋 子
看護基礎教育の目標と内容	薄 井 坦 子
看護教育の大学・短大教育化をめぐる現状の問題点	岩 下 清 子
— カリキュラムを中心として —	
助産婦教育の現状と将来（中間報告）	藤 田 八千代
病院経営と看護職給与	西 村 周 三
— 自治体病院を中心として —	
市原市における保健婦活動の評価と展望	中 島 紀恵子
	松 岡 淳 夫
	鷗 沢 陽 子
	犬 塚 先
医師の保健婦への「期待」	園 田 恭 一, 他

No. 3

昭和50年度病院等看護職の労働実態調査	日本看護協会調査研究部
第Ⅰ章 雇用と生活の条件	
第Ⅱ章 賃金・労働時間	
第Ⅲ章 病棟の現状と夜勤	
第Ⅳ章 健康と母性保護	

No. 4

准看護婦教育の問題点	山崎昌甫
——特に看護要員確保政策の検討を通して——	
病院における看護サービスの研究	鎌田ケイ子
——病棟看護サービスがもつ基本的問題——	武内昶恵美子
	遠藤清子
	岩下恒次
ヘルスマンパワーの需給に関する研究	方波見重兵衛
——各種看護関係学校の入学状況調査——	
進路選択状況調査報告	岡本英雄
——看護学生の進路選択と進路設計——	松本純平
看護職賃金の実態とその改善策	宮沢源治
京都における派出看護	橋本やよひ
——その「職業」確立化過程について——	

No. 5

看護者の職業的自律と運動	犬塚先
高知県における地域看護について	牧野忠康
——「過疎」と「都市化」のなかでの地域保健——	
へき地保健医療と行政制度	西村周三
養護教諭にのぞむこと	村尾昭子
——看護の立場から——	

No. 6

昭和52年会員実態調査	日本看護協会調査研究部
第1部 属性と勤務状況	
Ⅰ 会員数の推移	
Ⅱ 会員の属性	
Ⅲ 勤務の状況	
Ⅳ 労働条件	
第2部 職業継続と育児の問題	
Ⅰ 家族の協力	
Ⅱ 仕事や職場についての意識と職業継続意識	
Ⅲ 育児期の就業継続措置	
Ⅳ 0歳・1歳児の育児の実態と育児についての意識	

内容についての照会先：(社)日本看護協会調査研究部

〒150 東京都渋谷区神宮前5丁目8番2号

TEL (03) 400-8331

実費配布についての照会先：(株)日本看護協会出版会

〒107 東京都港区南青山7丁目8番1号

小田急南青山ビル3F

TEL (03) 406-3086

日本看護協会調査研究報告〈No. 7〉
昭和53年度

昭和53年11月1日

実費配布

編集者 日本看護協会調査研究部

発行所 社団法人 日本看護協会
〒150 東京都渋谷区神宮前5丁目8番2号
電話(03)400-8331(代)

印刷所 プロ製版印刷株式会社
東京都中野区東中野3丁目14番21号
電話(03)369-6838

JAPANESE NURSING ASSOCIATION
RESEARCH REPORT No. 7