

鳥取県における障害児の早期発見・対応の現状と課題 (IV)

— 保健婦の役割 —

A Study on Effective Measures of Early Detection,
Diagnosis and Developmental Intervention for Disabled Infants
in Tottori Prefecture, Japan (IV)

— Important Roles of Public Health Nurses —

障害児教育教室

鳥取県立倉吉総合看護専門学校

渡部 昭 男*

君和田 容 子**

はじめに

- I. 鳥取県における保健婦の実態
- II. 鳥取県における保健婦の養成
- III. 地域母子保健システムにおける保健婦の役割

はじめに

母子保健システムの質を高めるには、医師(各科)、保健婦、栄養士、心理士、ケースワーカー等の専門職がチームアプローチすることが挙げられる。しかし、鳥取県の場合、第II報の健診・相談のスタッフの項でみたように、全ての市町村、健診・相談で各種の専門職が確保できているわけではない。その意味では、少なくとも全ての市町村及び保健所に配置されている保健婦の果たすべき役割には大きいものがある。

本稿は、「鳥取県における障害児の早期発見・対応の現状と課題」研究の第IV報である（I報「市町村レベルでみた母子保健システムの現状」『鳥取大学教育学部研究報告（教育科学）』第28巻第2号1986年、II報「乳幼児健診・相談の概要」同第29巻第1号1987年、III報「要注意児のフォロー・システム」同第29巻第2号1987年）。障害児の早期発見・対応を目的とした地域母子保健システムにおいて果たすべき保健婦の役割について、鳥取県の保健婦の実態と併せて論じた。

* Akio Watanabe : Department of Special Education, Faculty of Education, Tottori University.

** Yoko Kimiwada : Tottori Institute of Public Health Nurses and Midwives. (非常勤講師)

I. 鳥取県における保健婦の実態

1. 保健婦の就業状況等 (表1)

保健婦助産婦看護婦法(1948年制定)において、保健婦は、「厚生大臣の免許を受けて、保健婦の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする女子をいう」(同法第2条)と定義づけられている。その保健婦の就業状況は氏名・住所等の届出(1982年より2年ごと、それまでは毎年。その年の12月31日現在の氏名・住所等を就業地の都道府県知事に届出)により把握されている。鳥取県における1966年以降の保健婦就業状況等を示したのが表1である。

1986年末現在では、鳥取県下では合計174人の保健婦が就業していた。内訳は、保健所46人(26%)、市町村100人(57%)、養成所(県立倉吉総合看護専門学校)2人(1%)、病院・診療所3人(2%)、事業所15人(9%)、その他(健康増進センターや福祉施設など)8人(5%)であり、保健所・市町村で84%にあたる146人の保健婦が公衆衛生活動に従事していた。

就業状況の年次別推移をみふと、県立倉吉総合看護専門学校保健助産学科の第一期卒業生が就業した1978年に160人台に乗り、1986年には170人台に達して、この10年間で漸増傾向にはある。しかし、保健所保健婦は一貫して50人以下に留まっており、県人口比では保健所保健婦は実質的に減少していることとなる。これに対して、市町村保健婦はこの10年間で漸増している。しかし、1986年においても、市町村保健婦一人当たりの平均県民数は6,146人にも上る。また、1984年まで実施されていた地域保健対策推進費補助金の基準に基づく試算(1985年国勢調査人口616,024人に対して39市町村合計で109人の市町村保健婦の配置)⁽¹⁾からしても、まだ十分な数ではないといえる。

表1. 鳥取県における保健婦就業状況等 (年次推移)

(単位：人)

年次	保健所 (A)	市町村 (B)	小計 (A+B)	養成所	病院 診療所	事業所	その他	合計	出生実数	県人口 (C)	保健婦1人当り人口	
											保健所 (C/A)	市町村 (C/B)
'66	50	83	133	—	6	7	6	152	6,125	574,886	11,498	6,926
'67	50	78	128	—	5	4	2	139	8,677	571,309	11,426	7,324
'68	47	79	126	—	4	3	8	141	8,101	569,324	12,113	7,207
'69	46	79	125	—	6	5	9	145	8,061	568,684	12,363	7,199
'70	48	77	125	—	4	7	11	145	7,998	567,405	11,821	7,369
'71	48(1)	76	124	—	5	8	6	143	8,673	566,702	11,806	7,457
'72	46(1)	85	131	—	5	5	12	153	8,993	568,395	12,356	6,687
'73	47	79	126	—	5	6	11	148	9,011	572,044	12,171	7,241
'74	49	81	130	—	7	5	11	153	9,030	576,328	11,762	7,115
'75	50	83	133	—	8	7	11	159	8,755	579,779	11,596	6,985
'76	48	79	127	—	5	7	16	155	8,657	584,209	12,171	7,395
'77	47	78	125	2	4	7	15	153	8,501	588,511	12,522	7,545
'78	49	84	133	2	6	9	13	163	8,423	591,960	12,081	7,047
'79	49	82	131	2	11	7	14	165	8,267	596,759	12,179	7,278
'80	47	82	129	2	8	15	6	160	8,196	602,557	12,820	7,348
'81	46	86	132	2	13	9	4	160	8,006	605,189	13,156	7,037
'82	45	90	135	2	13	10	7	167	7,939	607,801	13,507	6,753
'84	46	96	142	2	8	14	3	169	7,982	613,076	13,328	6,386
'86	46	100	146	2	3	15	8	174	7,342	614,630	13,362	6,146

注1) 保健婦数は鳥取県衛生環境部『衛生統計年報』(各年次)によるもので、各年末現在の数である。保健所の()内は、市町村駐在で内数である。養成所は、1977年度に開設された。

2) 出生実数及び県人口は、『昭和61年衛生統計年報』(1988)によるもので、1985年以前は確定数である。

2. 保健婦の活動実績 (図1, 表2-1・2)

保健所及び市町村の保健婦について、一口に「保健指導」と言っても、その業務は多岐に渡っている。関連法規も、保健所法、母子保健法、精神保健法、老人保健法をはじめ、過疎地域対策関連諸法など、幾種類にも及ぶ。保健婦の業務全体を詳細に述べることはできないので、ここでは「活動実績」の概要を示すに留めたい。

活動実績の統計では、保健婦の業務を14種類の活動に区分している。即ち、家庭訪問、健康相談(クリニック・保健指導)、集団検診、衛生教育、地区管理、連絡・その他、会議、研修、保健婦関係事務、その他事務、予防接種、実習指導、係長業務、その他である。そして更に、家庭訪問に関して、以下の14の対象に区分している。感染症、結核、精神障害、心身障害、成人病、その他の疾病、妊婦、産婦、未熟児、乳児、幼児、家族計画、独居老人、その他である。この区分に基づいて、1987年度の鳥取県の保健所及び市町村保健婦の活動実績を比率で示したのが図1である。

障害児の早期発見・早期対応に関連した母子保健活動は、多岐に渡る保健婦業務の一部分を構成しているに過ぎないことがよくわかる。しかし、それでも、妊産婦、乳児、幼児、未熟児の家庭訪問件数の合計比率は市町村で30.3%、保健所で21.8%となっており、成人保健、老人保健などと並んで主要な活動の一つになっていることを見落としてはなるまい。

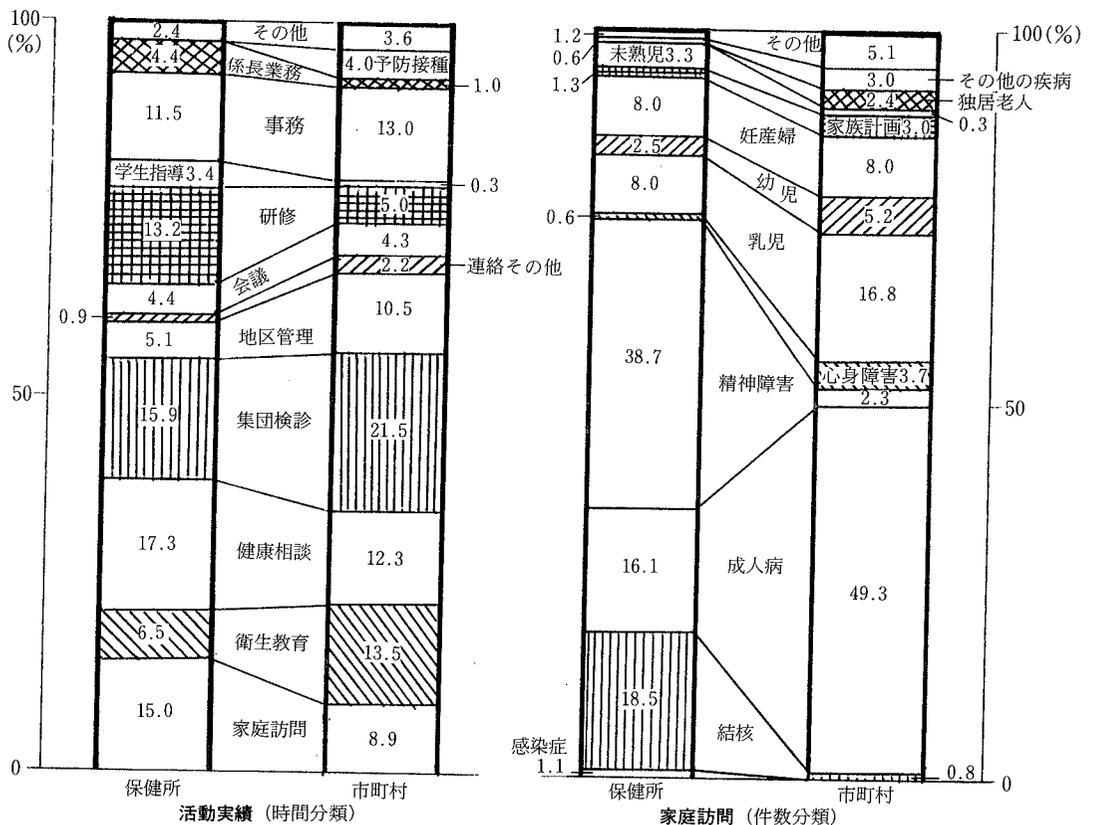


図1 鳥取県における保健所及び市町村の保健婦活動実績 (1987年度)

(出典：鳥取県衛生環境部医務課「昭和62年度市町村保健婦活動実績」1988年, P.16)

表2-1. 市町村保健婦活動実績推移 (1981~87年度)

年度	1 家庭 訪問	2 健康 相談	3 集団 検診	4 衛生 教育	5 地区 管理	6 連絡 その他	会議・研修		事務			11 予防 接種	12 実習 指導	13 係長 業務	14 その他	小計 11+14	総時間 (%)	保健婦 数	
							7 会議	8 研修	9 小計 7+8	10 保健婦 その他	小計 9+10								
'81	19986 (11.3)	17500.5 (9.9)	42732.5 (24.2)	18282.5 (10.3)	10452 (5.9)	4318 (2.4)	7002 (4.0)	8933.5 (5.0)	15935.5 (9.0)	25225 (14.2)	6801.5 (3.9)	32026.5 (18.1)	9042 (5.1)	219.5 (0.1)	6588.5 (3.7)	15850 (8.9)	177083.5 (100.0)	87.7	
'82	19038 (10.8)	17178 (9.7)	42687 (24.1)	18726.5 (10.6)	10502 (5.9)	4300.5 (2.4)	7435.5 (4.2)	8702.5 (4.9)	16138 (9.1)	25915.5 (14.7)	6223 (3.5)	32138.5 (18.2)	8742 (4.9)	302.5 (0.2)	7214.5 (4.1)	16259 (9.2)	176967.5 (100.0)	89.1	
'83	17656 (9.5)	19285 (10.3)	44546.5 (24.0)	18708 (10.0)	12616 (6.8)	4177 (2.2)	7548.5 (4.0)	9719 (5.2)	17267.5 (9.3)	27890.5 (15.0)	5608 (3.0)	33498.5 (18.0)	9314.5 (5.0)	264 (0.1)	8163.5 (4.4)	17742 (9.5)	185496.5 (100.0)	93.3	
'84	17288.7 (9.3)	20561.8 (11.1)	43071.3 (23.2)	19264.8 (10.4)	14317.5 (7.7)	5076.3 (2.7)	7161 (3.9)	9163 (4.9)	16324 (8.8)	23960.3 (12.9)	6847.5 (3.7)	30807.8 (16.6)	8509 (4.5)	527.5 (0.3)	891 (0.5)	9094.8 (4.9)	19022.3 (10.2)	185734.4 (100.0)	94.8
'85	20318.2 (10.5)	21963.1 (11.3)	42105.3 (21.7)	20616.2 (10.6)	16046.8 (8.3)	5110.8 (2.6)	7131.5 (3.7)	9671.5 (5.0)	16803 (8.7)	22037 (11.4)	6300.8 (3.3)	28337.8 (14.7)	7965.5 (4.1)	357 (0.2)	1981.5 (1.0)	12032 (6.2)	22336 (11.5)	193637.2 (100.0)	93.8
'86	17830 (9.3)	22211 (11.5)	42926 (22.3)	23413.5 (12.2)	21238.5 (11.0)	4192.5 (2.2)	8371 (4.4)	9517.5 (4.9)	17888.3 (9.3)	20821.5 (10.8)	5626.5 (2.9)	26448 (13.7)	7768 (4.0)	480.5 (0.2)	1770.5 (0.9)	6632.5 (3.4)	16651.5 (8.5)	192799.5 (100.0)	95.5
'87	17429 (8.9)	24092 (12.3)	41967 (21.5)	26273.3 (13.5)	20513.5 (10.5)	4325 (2.2)	8348.5 (4.3)	9747.5 (5.0)	18096 (9.3)	19491 (10.0)	5937 (3.0)	25428 (13.0)	7815 (4.0)	503 (0.3)	1932 (1.0)	6935.5 (3.6)	17185.5 (8.8)	195309.3 (100.0)	97.3

表2-2. 市町村保健婦家庭訪問件数推移 (1981~87年度)

年度	感染症	結核	精神障害	心身障害	成人病	その他の 疾病	妊婦	産婦	未熟児	乳児	幼児	家族計画	独居老人	その他	計	保健婦 1人当り 訪問件数
'81	2 (0.0)	188 (1.3)	418 (2.8)	425 (2.9)	3472 (23.3)	433 (2.9)	215 (1.5)	1561 (10.5)	125 (0.8)	4096 (27.5)	1627 (10.9)	327 (2.2)	760 (5.1)	1241 (8.3)	14890 (100)%	169.8
'82	1 (0.0)	307 (2.2)	268 (1.9)	444 (3.2)	3446 (24.9)	328 (2.4)	174 (1.3)	1518 (11.0)	161 (1.2)	3758 (27.2)	1641 (11.9)	309 (2.2)	616 (4.4)	856 (6.2)	13827 (100)	155.2
'83	3 (0.0)	101 (0.8)	295 (2.4)	420 (3.4)	3514 (28.7)	469 (3.8)	127 (1.1)	981 (8.1)	74 (0.6)	3303 (27.0)	1356 (11.1)	307 (2.5)	357 (2.9)	918 (7.5)	12225 (100)	131.1
'84	0 (-)	128 (1.0)	329 (2.6)	470 (3.7)	4039 (32.2)	621 (4.9)	90 (0.7)	1087 (8.6)	40 (0.3)	3042 (24.3)	1122 (8.9)	387 (3.1)	217 (1.7)	1001 (8.0)	12573 (100)	132.6
'85	0 (-)	87 (0.7)	295 (2.2)	467 (3.5)	5302 (40.3)	571 (4.3)	102 (0.8)	1176 (8.9)	55 (0.4)	2683 (20.4)	904 (6.9)	467 (3.5)	262 (2.0)	799 (6.1)	13170 (100)	140.4
'86	2 (0.0)	106 (0.8)	320 (2.5)	393 (3.1)	5520 (43.2)	267 (2.1)	126 (1.0)	1132 (8.9)	32 (0.3)	2534 (19.9)	907 (7.1)	442 (3.5)	216 (1.6)	768 (6.0)	12765 (100)	133.7
'87	2 (0.0)	101 (0.8)	283 (2.3)	448 (3.7)	5990 (49.3)	359 (3.0)	53 (0.4)	924 (7.6)	42 (0.3)	2042 (16.8)	627 (5.2)	365 (3.0)	293 (2.4)	614 (5.1)	12143 (100)	124.8

注1) 鳥取県衛生環境部医務課調べ。
2) 右肩の数字は小数点以下の端数。

(不在不明を
除いて計算)

ところで、市町村保健婦に関して、1981～87年度の活動実績の推移を示したのが表2である。この7年度間の変化の特徴を一言で表わすと、家庭訪問の活動時間比率の低下であろう。時間数そのものも、1985年度に一度盛り返したものの再び減少している。その減少しつつある家庭訪問の中にあつて、乳児、幼児、産婦、妊婦、未熟児の訪問件数比率が特に低下している事実は看過できない。65歳以上の高齢人口構成比の高い(1985年で全国第4位の13.7%)鳥取県における公衆衛生活動に、母子保健事業をどう位置づけ直すかが問われているとも言える。

3. 市町村保健婦の実態

1) 実態調査の概要

1987年度文部省特定研究「山陰における発達保障をめざす教育と地域福祉のあり方に関する研究」(研究代表者・鳥取大学教育学部〈現・奈良教育大学〉後藤誠也教授)⁽²⁾の分担研究として、「マンパワーとしての保健婦の実態調査—鳥取県下の保健所・市町村保健婦—」(分担者・渡部)を実施した。

- (1) 調査の目的：母子保健事業に従事するマンパワーとしての保健婦及び保健婦業務全般の実態を把握しようとした。
- (2) 調査の対象：保健所保健婦—鳥取県『鳥取県職員名簿(昭和62年7月1日現在)』(1987)年に記載されている5保健所46人。市町村保健婦—鳥取県市町村保健婦協議会「鳥取県市町村保健婦協議会名簿(昭和62年3月現在)」(1987年)に記載されている39市町村96人。但し、各保健所、市町村に調査用紙の予備を同封し、名簿に記載されていない者について補充を依頼した。
- (3) 調査の方法：期日、1988年3月26日付で調査用紙(市町村用・巻末添付、保健所用)を郵送により各保健所に送付し、同年3月31日現在の実態を記入し、同年4月2日までに投函することを依頼した。4月11日付で回答の督促を一度行った。
- (4) 回収状況：保健所保健婦は46人中18人(回収率39.1%)であった。市町村保健婦は96人中68人から回答があつたのに加えて、名簿に記載されていない者として常勤の正規職員2人、常勤の代替職員1人、常勤の臨時職員2人からも回答があつた。鳥取県が把握していた1988年4月現在の市町村保健婦(常勤)が103人であるから、これを基にすると市町村保健婦の回収率は合計73人の70.9%となる。〔なお、市町村保健婦(正規職員と嘱託職員)は鳥取県市町村保健婦協議会調べ⁽³⁾では1987年3月末で98人とされており、代替職員と臨時職員を除く偽似回収率は70人で71.4%と推計された。〕以下の調査結果の報告は、ある程度の回収率を得た市町村保健婦について行う。

2) 調査の結果並びに分析

(1) 回答者の勤務市町村の管轄保健所及び年齢区分(表3)

回答のあつた市町村保健婦(常勤)73人の属性は以下のとおりである。まず、勤務先が市か町村かの別を問うた(設問A1)のに対して、市が20人(27%)、町村が53人(73%)であつた。その管轄保健所(設問A2)は、表3に示すとおりであつた。調査時点より1年余りに前に届出のあつた就業保健婦と対比し、偽似回収率を試算してみたところ、鳥取保健所管内70%、郡家保健所管内83%、倉吉保健所管内56%、米子保健所管内75%、根雨保健所管内100%となつた。倉吉保健所管内は倉吉市(8人)からの回答がゼロであつた為に回収率が悪かつたが、全体として各保健所管内から相当程度の回答を得ることができた。

表3には、併せて、市町村保健婦の年齢区分(設問A3)を示しておいた。1986年末の届出に基づく、鳥取県下の保健婦174人の約8割が20～30歳台で占められていた。保健所及び市町村ともに

表3. 回答者の属性 (保健所管内, 年齢区分)

年齢区分	就 業 場 所								回 答 者	
	総 計	保健所	市 町 村						年齢区分 (B)	〈回収率〉 (B/A)
			市町村 計 (A)	保 健 所 別						
				鳥 取	郡 家	倉 吉	米 子	根 雨		
20歳台	64 (37)	21 (46)	37 (37)	6 (30)	6 (33)	12 (48)	8 (29)	5 (56)	20 ^人 (27) [%]	<54 [%] >
30歳台	71 (41)	16 (35)	45 (45)	11 (55)	9 (50)	10 (40)	13 (46)	2 (22)	39 (53)	<87>
40歳台	16 (9)	6 (13)	8 (8)	3 (15)	1 (6)	— (—)	3 (11)	1 (11)	7 (10)	<88>
50歳台	22 (13)	3 (7)	10 (10)	— (—)	2 (11)	3 (12)	4 (14)	1 (11)	7 (10)	<70>
60歳台	1 (1)	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)	<—>
計	174 (100)	46 (100)	100 (100)	20 (100)	18 (100)	25 (100)	28 (100)	9 (100)	73 (100)	<73>
回答者 (C) 〈回収率〉(C/A)			73 <73>	14 <70>	15 <83>	14 <56>	21 <75>	9 <100>		

注1) 鳥取県衛生環境部「昭和61年衛生統計年報」(1988)の1986年末の就業保健婦と対比した。
()内は構成比率, <>内は偽似回収率を示し, 共に単位は%である。

同様の傾向を有していた。市町村保健婦について構成比を詳しくみれば、20歳台37%、30歳台45%、40歳台8%、50歳台10%で60歳台は就業していなかった。年齢区分で偽似回収率を試算すると、20歳台54%、30歳台87%、40歳台88%、50歳台70%となり、20歳台の回収率が悪かったものの、全体としては各年齢階層からも相当程度の回答を得ることができた。回答者においても、20~30歳台が80%を占めており、調査母集団の特徴をおよそ具備していた。

(2) 県立倉吉総合看護専門学校保健助産学科卒業生 (表4)

鳥取県では、保健婦・助産婦確保の為に、県立倉吉総合看護専門学校保健助産学科を1977年度に開設している。その第1期卒業生は1978年に保健婦免許を取得し就業を始めている。そこで、回答者を保健婦免許の取得年(設問A4)が1978年を境に大きく二分した。1978年以降の免許取得者は42人(回答者の58%)であった。

その内、県立倉吉総合看護専門学校卒業生(設問A6)は23人で実に55%(回答者全体の32%)を占めていた。県下の保健婦の養成・確保に果たす同校の役割の大きさが伺える(これに関しては、II章で詳述する)。

表4に示すように、同校卒業生の最大の特徴は、全員が保健婦免許に加えて助産婦免許(設問A5)をも取得していることである。ちなみに、回答者の中で、同校卒業生以外で助産婦免許

表4. 県立倉吉総合看護専門学校保健助産学科卒業生

保健婦免許 取得年	1978年以降		1977年以前
	卒業生	それ以外	
内 訳	42人 * (100) [%]	(58)**	31 ((42)**
助産婦免許 取得者	23 *(55)	19 *(45)	2 <6>

も取得していたのはわずか3人に留まった。

(3) 正規職員保健婦の勤続年数・職歴 (図2)

市町村保健婦の就業の特徴は、同一市町村に根づいて長く勤務することである。

回答者73人の内訳は、正規職員67人(92%)、嘱託職員3人(4%)、代替職員1人(1%)、臨時職員2人(3%)であった(設問A7)。正規職員で現在の市町村に正規職員として雇用された年(設問A8)に回答のあった者64人について、雇用年及び勤続年数別に示したのが図2である。

年齢構成の特徴と類似するが、勤続年数10年前後が特に多くなっている。即ち、勤続年数5年目以下10人(16%)、6~10年目30人(47%)、11~15年目12人(19%)、16~20年目6人(9%)、21~25年目2人(3%)、26~30年目3人(5%)、31年以上1人(2%)であった。

この64人の正規採用までの職歴(設問A9)を問うた。保健婦免許取得年に直ちに現在の市町村に正規採用になった者は37人(58%)で、残りの27人(42%)は免許取得年から1~21年、平均3.7年を経て現在の市町村に正規採用になっていた。

免許取得年に正規採用になった37人中にわずかの月数の保健婦臨時職員経験を有する者が7人いた。なお、看護婦経験を実際にもつ者が5人存在した。

一方、免許取得の後何年かして正規採用になった27人中、他に職歴のない者2人を除く25人は何らかの職歴を有していた。内訳(重複あり)は、市町村保健婦歴14人、保健所保健婦歴3人、助産婦歴2人、看護婦歴8人であった。

保健婦免許は看護婦免許を基礎としているが、実際に看護婦歴を持つ者は意外に少なく、64人中合わせて13人(20%)であった。また、助産婦免許を併せ取得している者も少なくなかったが、実際に助産婦歴を持つ者は64人中2人(3%)であった。また、保健婦歴では圧倒的に市町村保健婦経験であり、保健所保健婦歴を持つ者は64人中3人(5%)に留まった。

(4) 養成課程等で得た経験・知識の活用度合 (表5)

表5に示すような6種の経験・知識の活用度合を5段階評定で尋ねた(設問B3)。回答のあった市町村保健婦を表4で用いた区分、即ち①倉吉総合看護専門学校保健助産学科卒業生22人(1人未記入)、②1978年以降免許取得者で①以外の者19人、③1977年以前免許取得者30人(1人未記入)に分けて分析を行った。

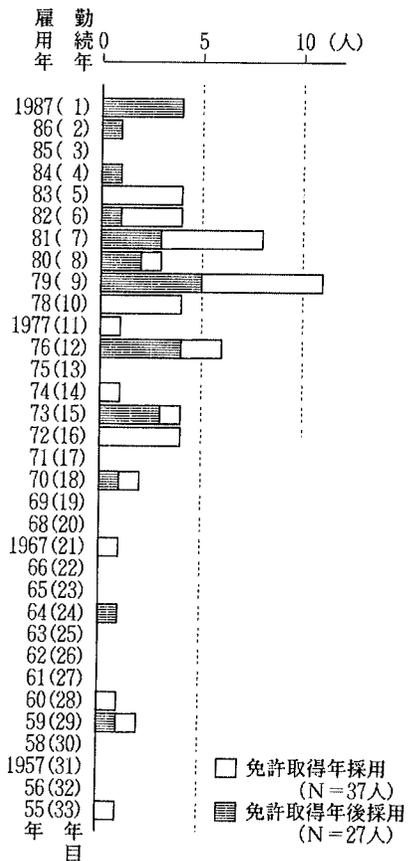


図2 市町村保健婦(正規職員)の勤続年数

表 5. 養成課程等で得た経験・知識の活用度合

経験・知識	区分	おおいに活用 (2点)	かなり活用 (1点)	どちらともいえない (0点)	あまり活用していない (-1点)	活用していない (-2点)	未記入	平均得点
看護婦の養成課程での 経験・知識	計	5 (7)	31 (44)	21 (30)	13 (18)	1 (1)		⑥ 0.37
	△	2 (9)	10 (45)	7 (32)	3 (14)	- (-)		④ 0.50
	○	- (-)	11 (58)	5 (26)	3 (16)	- (-)		④ 0.42
	□	3 (10)	10 (33)	9 (30)	7 (23)	1 (3)		⑥ 0.23
保健婦の養成課程での 経験・知識	計	11 (15)	27 (38)	21 (30)	11 (15)	- (-)	1 (1)	⑤ 0.54
	△	2 (9)	10 (45)	5 (23)	5 (23)	- (-)		⑥ 0.41
	○	3 (16)	8 (42)	7 (37)	1 (5)	- (-)		③ 0.68
	□	6 (20)	9 (30)	9 (30)	5 (17)	- (-)	1 (3)	⑤ 0.55
保健婦に就業後の経験・知識	計	38 (54)	27 (38)	6 (8)	- (-)	- (-)		① 1.45
	△	12 (55)	8 (36)	2 (9)	- (-)	- (-)		① 1.45
	○	9 (47)	8 (42)	2 (11)	- (-)	- (-)		① 1.37
	□	17 (57)	11 (37)	2 (7)	- (-)	- (-)		① 1.50
保健婦に就業後の 研修による知識	計	28 (39)	32 (45)	10 (14)	- (-)	- (-)	1 (1)	② 1.26
	△	5 (23)	11 (50)	6 (27)	- (-)	- (-)		② 0.95
	○	6 (32)	11 (58)	1 (5)	- (-)	- (-)	1 (5)	② 1.28
	□	7 (57)	10 (34)	3 (10)	- (-)	- (-)		② 1.47
看護婦・助産婦への 就業の体験・知識	計	3 (4)	16 (23)	6 (8)	- (-)	3 (4)	43 (61)	④ 0.57
	△	1 (5)	4 (18)	3 (14)	- (-)	1 (5)	13 (59)	⑤ 0.44
	○	- (-)	3 (16)	1 (5)	- (-)	1 (5)	14 (74)	⑥ 0.20
	□	2 (7)	9 (30)	2 (7)	- (-)	1 (3)	16 (53)	④ 0.79
結婚・育児など自らの 人生体験・知識	計	18 (25)	28 (39)	13 (18)	1 (1)	4 (6)	7 (10)	③ 0.86
	△	6 (27)	8 (36)	5 (23)	1 (5)	- (-)	2 (9)	② 0.95
	○	3 (16)	7 (37)	3 (16)	- (-)	4 (21)	2 (11)	⑤ 0.29
	□	9 (30)	13 (43)	5 (17)	- (-)	- (-)	3 (10)	③ 1.15

(注) 計 - 71人, △ - 倉吉卒業生・22人, ○ - 1978年以降免許取得者(その他) 19人, □ - 1977年以前免許取得者・30人。
 ()内は構成比率で単位は%。平均得点欄の○◇○□内の数字は各区分内での得点順位。

その結果、全体でみた場合、保健婦に就業後の経験・知識—第1位(平均得点1.45)、保健婦に就業後の研修による知識—第2位(1.26点)であり、2つは「かなり活用」(1点)を上回る活用度合と高かった。この傾向は、卒業生のいかん、年齢のいかんを問わず共通しており、保健婦就業後の経験や研修によって、保健婦自身が成長していくことを示唆していた。なお、年齢の高いいわゆる「ベテラン」ほど研修による知識の活用度合が高く、一方、倉吉総合看護専門学校卒業生のみ1点を割っていた。保健婦の成長を促す就業後の職場経験や研修保障が重要といえた。

第3位以下は三者によって相違していたが、全体でみると、結婚・育児など自らの人生体験・知識—第3位(0.86点)、看護婦・助産婦への就業の体験・知識—第4位(0.57点)、保健婦の養成課程での経験・知識—第5位(0.54点)、看護婦の養成課程での経験・知識—第6位(0.37点)であった。全て平均点はプラス点であったものの、保健婦及び看護婦の養成課程への評価が総じて低かった。活用度合が低い理由には幾つかの推測が成り立つ。①養成課程に遡る程過去の経験・知識となること、②養成課程での経験・知識は保健婦職の基礎や原理的側面が強くハウ・ツー的という意味では活用度合が低くみられ安いこと、③養成課程に何らかの問題があり、改善されるべき必要があること等である。なお、第3・4位の結婚・育児や看護婦・助産婦就業体験は未経験者もあった。残りの4種の経験・知識について養成課程—現職教育(卒後教育)を連続させて把え、保健婦の力量形成のあり方を再検討すべきであろう。

ところで、保健婦養成課程だけに注目した場合、倉吉総合看護専門学校卒業生の平均得点が最も低くなっており、また、順位も看護婦養成課程よりも下位で最下位の第6位となっており、気がなかった。これが直ちに同校の保健婦養成課程のあり方の問題につながるというわけではないが、検討を要する傾向とはいえよう。

(5) 地域の保健ニーズ (表6)

極めて多岐に渡る公衆衛生の中で、鳥取県下の市町村保健婦は地域の保健ニーズをどのように把握しているかを表6に示した(設問B5)。設問の文言が不適當であった為に、地域の保健ニーズを対象区分で回答した者と活動区分で回答した者があった。対象区分でみると、市・町村ともに表に掲げた4種が主に挙げられており、市では総得点順位第1位—母子保健、第2位—成人保健、第3位—老人保健となり、町村では同じく第1位—老人保健、第2位—母子保健、第3位—成人保健、第4位—精神衛生となった。

保健婦の活動実績の項(I章2節)で成人並びに老人保健に対する母子保健の比率の低下傾向を指摘したが、しかし、地域の保健ニーズとしては母子保健に今なお極めて高いものがある。特に市部では最優先のニーズと認識されており、町村でも老人保健に匹敵する高いニーズとされていた。このことは、高齢化が進み、こなさなければならない指定業務・新規事業が増えている情勢においても、母子保健を重要な柱の一つに正しく位置づけるべきことを示していよう。

なお、活動区分では、地区組織を筆頭に健康教育(健康づくり)、家庭訪問が多く回答されていた。

(6) 研修への要望 (表7)

上記のような地域の保健ニーズを踏まえて、保健婦活動を更に充実させる為に市町村保健婦が研修に要望すること(設問B4)を表7にまとめた。

最も希望が多かったのは、「地区組織活動の育成・あり方」で62人中12人(19%)が要望していた。続いて、「リハビリテーション・機能訓練法」10人(16%)、「老人の介護」8人(13%)、「カウンセリング・面接方法」7人(11%)であった。母子保健に関わるものも、「乳幼児の発達とその指導法」6人(10%)、「障害児の療育や家族援助」6人(10%)、「母性保護・母子保健」2人(3%)などが要望されていた。

また、ハウ・ツー的な研修要望だけでなく、耳を傾けるべき次のような指摘もあった。「保健婦間での交流：老人保健事業、健康づくり等新規事業が年々増えてきている。各市町村でとりくみ方は違うにしても、課題や問題が増えてきていると思う。連携をとりながら保健婦活

表6. 地域の保健ニーズ (対象別)

対象区分	順位	第1位	第2位	第3位	総得点
		(3点)	(2点)	(1点)	
母子保健	市	5 (42)	7 (58)	2 (17)	◇1 31
	町村	8 <31>	16 <62>	4 <15>	○2 60
成人保健	市	6 (50)	3 (25)	— (—)	◇2 24
	町村	7 <27>	6 <23>	2 <8>	○3 35
老人保健	市	1 (8)	2 (17)	8 (67)	◇3 15
	町村	11 <42>	2 <8>	4 <15>	○1 64
精神衛生	市	— (—)	— (—)	— (—)	◇— —
	町村	— <—>	1 <4>	4 <15>	○4 6

注1) ◇の回答数は12件で(%)内の構成比率の母数も12。◇内は総得点の順位。
 2) ○の回答数は26件で(%)内の構成比率の母数も26。○内は総得点の順位。
 3) 第2位以下は「その他」の選択又は未記入の為、総計が合わない。

表7. 市町村保健婦の研修要望

地区組織活動の育成・あり方(12)
リハビリテーション・機能訓練法(10)
老人(痴呆性・ねたきり等)の介護(8)
カウンセリング・面接方法(7)
乳幼児の発達とその指導法(6)
障害児の療育や家族援助(6)
精神障害・精神衛生(5)
医療等の最新情報(5)
健康増進トレーニング(4)
レクリエーション活動・技術(4)
母性保護・母子保健(3)
グループワークの進め方、広げ方(3)
健康教育・衛生教育の進め方(3)
母性から老人・障害児者まで系統的な学習(2)
公衆衛生活動の基礎・基本(2)
人間に関する行動科学(2)
先進地の視察研修(2)
スクリーニングの為の総合された知識
メディカル・ソーシャル・ワーク
実践活動教育
地域における「心(全人間的な心)」
生活様式を変えるような知識・技術
業務の効果判定実施方法
循環器疾患
アトピー疾患の指導
統計のとり方の見方
地域保健活動の進め方
重点地区活動
地域の健康問題の的確な把握方法
基礎知識の再教育
社会福祉制度
中間管理職の役割
保健婦間の交流
単発でなくまとまった研修
あらゆる分野のこと

注) 回答者合計62人、重複回答あり。(人)

動を考えていきたいと思う。」(20歳台)、「現在、どうしても母子、成人等の枠の中に区切ってしまいう活動を、妊婦時から死ぬまでという一生の流れの中でとらえていく活動の実践について。」(20歳台)、「単発の研修でなく常に4～5回のまとまったものがしてほしい。こま切れの知識ではあまり役に立たない。」(40歳台)、「欲張りですが母性から障害児まで系統的に学習できたらと思います。その際、情勢・方向論も学び、現在の知識を掘り下げたいと思います。現在は総花的に仕事に追われ自己研修もできない状態の中で公衆衛生の全ての課題について研修が必要であると思っています。」(50歳台)などである。公衆衛生活動の基礎・基本に立ちもどり、断片的でない系統的で総合化された知識の修得も欠落させてはなるまい。

(7) 保健婦職を志望した理由・市町村保健婦を選んだ理由（表8～10）

調査結果報告の最後に、(市町村)保健婦を志望した理由(設問A10・11)をまとめておいた。表8が、保健婦を志望した理由を記入していた市町村保健婦65人の志望理由を整理したものである。

まず、臨床看護(看護婦職)との比較を含みつつ、公衆衛生による保健予防等の意義を挙げた者が半数(32件, 49%)存在したことは特筆すべきことであろう。そして、少なくない者が、患者をも住民・生活者と捉えて、健康や疾病を社会や生活との関連において問題にしようとしていた。

次に多かったのは、看護婦への不適性を含みつつ、適性を挙げた者が約5人に1人(12件, 18%)存在した。看護婦職(臨床看護)に求められる正確さ、即時判断、機敏性、応用力、体力などに欠けるという自己認識の裏返しとして、明確には挙げられていないが、「じっくり取り組む方が好き」などの保健婦職への適性が秘んでいるものと推測された。

また、保健婦職をより自立(律)した仕事・生涯続けられる仕事と捉え、加えて、住民との接触の中で幅広い人間関係を築くことができる魅力を挙げた者も1割ほど存在した。

これらに関連して、夜勤や交替勤務がないという労働条件も一つの保健婦志望理由になっていることが判明した。そして、看護婦や保健婦養成課程における実習や症例研究、またサークル活動が公衆衛生活動の意義や適性などを認識させる重要な契機になっていることも伺えた。

では次に、同じ保健婦職でも、市町村と保健所の保健婦を各々なぜ選んだのであろうか。表9に市町村の、比較する為に表10に保健所保健婦の記入者の回答を整理した。

市町村保健婦、保健所保健婦ともに、たまたま求人があったという経緯が少なくなかった。にも関わらず、市町村保健婦を選んだ理由として、地域・住民との密着性を挙げた者が過半数を越えていた(37件, 58%)。これに対して、保健所保健婦の方は、「市町村と保健所の連携もよく、保健所であっても十分地域に入っていける」としたり、市町村保健婦とは逆に、活動の広域性や視野の広さ(4件, 27%)を保健所保健婦を選んだ理由として挙げていた。

市町村保健婦の方で挙げられている「転勤・異動がない」は、積極的には、同一市町村に根づいて息長く地区活動を進めることができることに繋がるが、反面、視野が狭まったり、マンネリに陥る危険性も併せ持つといえよう。親許に留まる為の単なる地元志向から出発したとしても、他市町村との交流や保健所との連携を絶えず追求し、地域住民と密着した公衆衛生の意義を踏まえることが重要となろう。

市町村においては、「計画、立案、実施など自分たちの意見を反映できる」などの活動の自立(自律)性も大きな魅力となっているが、保健所の良さとして指摘されている複数の専門職による活動(複数の保健婦、他職種とのチーム活動、パラメディカル・スタッフの存在)においては保健所と連携する等して補う工夫が求められる。

表8. 保健婦を志望した理由

A) 公衆衛生の意義〔臨床看護との比較を含む〕(32件)	
<ul style="list-style-type: none"> ・慢性疾患で入退院を繰り返す患者の背景に生活実態と深く関わる問題が大きく、生活の場を見極める為。 ・健康という概念を考えた時、施設の中だけでなく、生活する場をとらえなければという思いがあった。 ・看護婦よりも社会的・生活的に疾病予防にとりくめ、また、人間全体をとらえることができると考えた。 ・臨床で病気になった人を対象とするのではなく、予防活動で未然に防ぐことが大切だと感じた。 ・病院という枠ではなく、地域という広い視点で保健予防活動をしたい為。 ・個々の健康は、家庭・地域と切り離しては考えることができなかつたから。 ・病気になるまでの予防、退院してからの社会復帰等、揺り籠から墓場まで幅広くやりがいがある。 ・看護学校において実習中、病気になってからでは遅い、患者に対する指導も重要だが、家族に対する指導がなかなか病院内ではできず、もの足りなさを感じた。 	等々
B) 実習等を通して (10件)	
<ul style="list-style-type: none"> ・看護学校時代の保健所実習で、某町の保健婦さんの働く姿を見て感動。 ・看護学校2年生の症例の対象にネフローゼで手遅れになって亡くなった小学生の問題を取り上げ、予防医学の重要性を痛感し、その後のサークル活動も通して、保健婦の道を歩むことを決意。 ・臨床実習をしていて、死に直面した人等に接し、重苦しく感じた。そして予防活動に引かれた。 	等々
C) 住民との接触、幅広い人間関係 (5件)	
<ul style="list-style-type: none"> ・限られた範囲の人にしか接することができない看護婦業務でなく、広範囲の人に接したかった。 ・人間性を豊かにするため、対人関係の深い保健婦職を選んだ。 ・養護教諭よりも、より多くの人々(乳幼児から高齢者)と接することができると思い。 	等々
D) 学習の継続・深化 (7件)	
<ul style="list-style-type: none"> ・更にもう少し専門の勉強をしたかった。 ・臨床だけでなく、公衆衛生・保健活動などの広がりを知った上で働き、自分の位置を確認したかった。 ・看護婦資格以上に看護に関しての研修を深めたかった。 	等々
E) 適性〔看護婦への不適性を含む〕(12件)	
<ul style="list-style-type: none"> ・薬や注射をする際、人を間違えて投与したら大変な為。 ・身体的に足が弱く、立仕事に向かない。 ・看護婦職に自信がなかった(即時判断、機敏性、応用力等々)。 ・自分の性格上(間違いをよくする、機敏さに欠ける、じっくり取り組む方が好き)などから、直接生死に関わる臨床は向いていないと思った。 ・看護婦には不規則勤務があり、自分の体力に自信がなかった。 	等々
F) 夜勤〔交替勤務〕がないこと (5件)	
<ul style="list-style-type: none"> ・看護婦は三交替制で、生活をする上で難しいと感じた為。 ・夜勤など体調を崩しやすく、自分の体調に合わない。 ・看護婦では夜勤があり、高齢となった場合続かないと思ひ。 	等々
G) 自立(律)した仕事、生涯続けられる仕事 (6件)	
<ul style="list-style-type: none"> ・自分で考え、女性でも自立していける職業に就きたかった。 ・結婚しても続けられる職業。 ・医師の指示の下に働くことに反発を感じていた(当時は従属的だった)。 	等々
H) 家族等の勧め (5件)、資格取得 (2件)、地元就職 (2件)、その他 (3件)	

記入者合計65人(重複回答分類あり)

総じて、市町村保健婦の記述には、「現場の最前線は市町村」「これからは市町村の時代」「一番やりがいがあるのは市町村保健婦」などといった気概が感じられた。

3) 実態調査の小括

- (1) 市町村保健婦の回収率は70.9% (103人中73人)であり、倉吉保健所管内及び20歳台の回収が相対的に悪かったが、調査母集団の特徴を具備する相当数の回答を得た。
- (2) 県立倉吉総合看護専門学校保健婦助産学科が鳥取県下の保健婦の養成・確保に大きな役割を果たしていた。同校卒業生は、資格上、保健婦・助産婦免許を併せ持つ特徴を有していた。
- (3) 正規の市町村保健婦は、勤続1~33年目、平均10.8年目であった。わずかの月数の臨時職員経歴を除いて半数の32人が何らかの職歴を有していたが、看護婦歴は2割に留まった。

表9. 市町村保健婦を志望した理由

- A) 地域・住民との密着性 (37件)
 - ・住民と非常に密着した活動ができる。
 - ・生活が具体的に見え、直接実態把握ができる。
 - ・住民とじかに接触でき、住民とともに歩める。
 - ・人と人の関係ができやすい。
 - ・地域に根ざした保健婦活動ができる。
 - ・地域での活動が最もきめ細かくできる。
 - ・じっくり地域活動にとりくめる。
 - ・文化の発祥は農耕からと教わり、農村に働く人々の健康を守るお手伝いをしようと思って。
 - ・住民の反応が直接くる所でこわい反面、面白い。
 - ・現場の最前線は市町村（住民直結）。 等々
- B) 活動の自立（律）性（3件）
 - ・事業の計画、立案、実施など自分たちの意見を反映できる。 等々
- C) やりがい（3件）
 - ・一番保健婦としてやりがいがあるのは市町村保健婦であると考えた。 等々
- D) 転勤・異動がない、親許に留まるため（9件）
 - ・県の保健婦は異動があり、地区活動を進めるからには市町村保健婦の方が活動しやすい。
 - ・通勤が困難な場所に配置されたら困るから。
 - ・家庭事情で親許に居たかったため。 等々
- E) 市町村に求人があったから（17件）
 - ・たまたま市町村しかなかった。
 - ・選択できない就職状況だった。
 - ・ちょうど募集していたから。 等々
- F) 依頼・要請（2件）
 - ・現在の町より要請を受けて。
 - ・町当局が勤務先に交渉して地元にもどされた。

記入者合計64人（重複回答分類あり）

表10. 保健所保健婦を志望した理由

- A) 活動の広域性・視野の広さ（4件）
 - ・保健所の方が広い範囲で企画したり、活動したりできる。
 - ・一つの町村に勤めるとその町村のことしか分からないが、保健所から広い目で管内が見渡せる。
 - ・公衆衛生の第一線機関として保健所で仕事することは町村等自分の畑だけのことでなく、管内全体、更には各保健所、県レベルの仕事ができる。
 - ・色々な地域を見てみたかった。
- B) 複数の専門職による活動（3件）
 - ・専門職一人で働くことに不安もあり、保健所だと先輩に相談しながら働ける。
 - ・他職種とチームを組んで業務ができ、心強いし視野も広げられる。
 - ・公衆衛生の全般をパラメディカルの人々がいる場所でまず学びたかった。
- C) 優れた保健所活動を見た経験（3件）
 - ・接する保健婦に保健所保健婦が多く、先輩の活動を見て。
 - ・学んだところでは保健所保健婦がとても良い活動をしていたので。
 - ・保健所実習の際、幅広い活動をしているし、市町村と保健所との連携もよく、保健所であっても十分地域に入り込んでいけると考えた。
- D) 安定した身分（1件）
- E) 保健所の求人があったから（6件）
 - ・当時、保健所保健婦の採用しかなかった。
 - ・町村保健婦希望であったが、県の就職試験に合格したので。
 - ・市町村希望であったが求人がなかった。 等々

記入者合計15人（重複回答分類あり）

- (4) 保健婦就業後の経験や研修による知識は現在の市町村保健婦活動にかなり活用されていたのに対して、看護婦・保健婦養成課程での経験・知識の活用度は相対的に低かった。倉吉総合看護専門学校卒業生は、特に保健婦養成課程を低く評価していた。保健婦の力量形成を「養成課程→現職教育」を通じて促していく為に、養成課程でのカリキュラムや就業後の研修内容を改善・充実する必要性が示唆された。
- (5) 地域の保健ニーズにおいて、母子保健は、市部で第1位、町村部でも老人保健に匹敵する第2位として把握されていた。
- (6) 研修への要望として、「乳幼児の発達とその指導法」「障害児の療育や家族援助」も各々1割に上った。「母性から障害児まで」の系統的な学習の必要性を述べた重要な指摘もあった。
- (7) (市町村) 保健婦を志望した理由は、個々の保健婦自身の中でも複合して存在していたが、総じて、保健婦を志望した理由として「公衆衛生の意義」が、市町村保健婦を選んだ理由として「地域・住民との密着性」が大きく認識されていた。実習等が一つの契機になっていることも伺えた。

II. 鳥取県における保健婦の養成

1. 鳥取県立倉吉総合看護専門学校保健助産学科の設置

鳥取県において保健婦の養成が始まったのは、既述のように1977年度からである。1977年4月、鳥取県立倉吉総合看護専門学校が発足するにあたり、3年制と2年制(准看護婦からの進学コース)の看護婦養成課程とともに、保健助産学科が設置されたのがこれにあたる。同学科設置以前には、県内に保健婦及び助産婦の養成機関はなく、また現在も県内唯一の養成機関である。

1977年度以前の保健婦資格取得者は、当然ながらすべて県外の保健婦養成所の出身者であり、岡山県、兵庫県、大阪府など近隣の養成所を出た者が多い。県内の保健婦確保は、欠員の生じた時点で募集しそれなりに充足をみていたが、町村においては県外に出た有資格者を縁故を頼って呼び寄せるなどの苦労もあった。助産婦確保にも同様の困難があり、雇用者の病院が補助金を出して他県で養成を行うこと(奨学金や長期研修の形態)が行われたりした。このように保健婦と助産婦の充足確保が鳥取県の保健医療行政の課題であったこと、また全国的にみても保健婦養成所の未設置県が鳥取県を含めて2県のみになったことなどの状況により保健助産学科設置が決定されたのである。

文部省・厚生省令の保健婦助産婦看護学校養成所指定規則によれば、保健婦と助産婦の学校養成所の修業年限は各々6ヶ月以上と定められている。実際には、単独の課程を置く修業年限1年の養成所が大半を占めるが、鳥取県の場合は保健婦助産婦合同課程が置かれることとなった。その理由としては、人口の少ない県であり、それぞれの単独学科とした場合の定員確保に困難が予想されたこと、複数の資格を取得することで卒業後の進路選択の幅が広がり、県内の需要にも柔軟に対応できることなどがあげられる。また、経費面での節約が図られたことは言うまでもない。

保健助産学科設置の準備は、専任教員の養成から着手された。1974年度から、厚生省国立公衆衛生院の専攻課程等の教員養成機関⁽⁴⁾へ、保健婦業務経験者の県職員が長期研修として順次進学し、学科開設に備えた。専任教員以外の講師も、地理的關係もあり、県内の保健医療関係者が担うこととなった。

以上のような鳥取県立倉吉総合看護専門学校保健助産学科の設置の経緯は、鳥取県における保健婦養成に、いくつかの特徴的な条件を与えていると考えられる。第一は、保健婦助産婦合同課程として設置されたことによって、保健婦志望者も必然的に助産婦課程を学ぶことになった。合同課程の便宜的な長所以上に、両方の専門課程を修める価値が指摘されている。第二は、専任教員をはじめとする教える側が、鳥取県内の地域的な保健医療ニーズに精通していることである。第三は、3年制と2年制の看護婦養成課程と併設され総合看護専門学校として発足したことに関係して、看護をトータルに考える視点が、設置当初より学校関係者に強く意識された点である。保健助産学科についても、単に二つの課程を重ねたのではなく、看護を基礎にした総合的な知識・技術の習得が目指された。

設置時の条件が、鳥取県の保健婦養成に、どのように質的な影響を与えているかについては慎重な検討を要するが、少なくとも量的な面において、保健助産学科の果している役割は大きい。I章前述の調査によれば、1978年度以降の市町村保健婦の過半数が同学科の卒業生であった。逆に、同学科卒業生からたどれば(1987年卒まで)⁽⁵⁾、有職者の75%が鳥取県内の保健医療機関に勤務し、卒業生の県内定着率は非常に高いことがわかる。卒業生のうち保健婦就業者についてみれば、実にそ

の85%が鳥取県内に勤務している。

2. 保健助産学科の入学者・卒業者の状況

さて、県立倉吉総合看護専門学校保健助産学科の入学者と卒業者の状況をより詳しく見てみよう。

1) 入学者の状況 (1977～1988年度) (表11, 図3)

まず、保健助産学科への入学資格であるが、すでに看護婦国家試験に合格し、看護婦免許を取得している者か、同国家試験の受験資格を有している者に限られる。学科試験(社会学, 統計学, 看護学)と面接から成る入学選抜試験の結果によって入学が許可されるしくみである。入学定員は20名であり、1977年度の第1期より、毎年30～79人の志願者があり、平均2.5倍の競争率である。ただし、助産婦課程の病院実習の受入れとの関係⁽⁶⁾から、実際に入学を許可されるのは毎年15～16名であり、実質的な競争率はさらに高い。

入学志願者の出身地⁽⁷⁾を鳥取県内と県外に区分してみると、その割合は、年度ごとに多少の変動はあるが、ほぼ同数か、県外からの志願者数がやや上回る傾向にある。保健婦養成機関は、各都道府県にあり、1988年4月現在では全国に63校存在する⁽⁸⁾。中国地方では、鳥取県に先がけて各県に設置されており、岡山県の定員100名をはじめとして、合計220名の定員枠があることになる。しかしながら、保健婦助産婦合同課程を置く学校養成所は少なく、全国でも14校のみである。大学の4年次と短期大学の専攻科を除くと、看護婦免許取得後(予定を含む)に受験可能な保健婦助産婦合同課程は、8養成所のみである。この8校の所在は、九州に4校、四国に3校で、近畿・中国地方では鳥取県の保健助産学科が唯一の存在である。競争率の高さと、入学志願者に県外出身者も多く含む理由は、やはり合同課程の故と考えられる。なお、鳥取県内出身の志願者は、県の東部・中部・西部からまんべんなく来ており地域的な差異は認められない。

実際に入学した入学者でみると、1977年度から1988年度までの入学者合計は184名で、このうち鳥取県内出身者(入学時の帰省先が県内の者, 自宅通学者)は143名、78%である。県内出身者が高い割合を占めるが、入学選抜は専ら学科試験の成績によって決定され、推薦制度等もなく、県内出身者の優遇はない結果である。入学辞退者は、8名という年度もあったが、通常1割程度であり、出身地による傾向は特にみられず、県外出身者の入学辞退が多いとはいえない。

次に、入学者の出身養成機関とその所在地別に分類したのが表11である。

表11. 鳥取県立倉吉総合看護専門学校入学者の出身養成機関別数 (1977～88年度)

(単位：人)

種別 所在地	短期大学(3年制)	看護学校(3年制)	看護学校(2年制)*	衛生看護学科**	計
鳥取県内	59	56	7	3	125
鳥取県外	5	41	5	8	59
計	64	97	12	11	184

* 高等学校の衛生看護学科卒業者を除く。

** 高等学校の衛生看護学科を卒業し、さらにその専攻科もしくは2年制の看護学校を卒業した者。

前述のように、保健助産学科への入学資格には看護婦免許の取得が要件となっており、入学者はすべて看護婦養成機関を経て入学して来る。その経歴は大別すると4つある。高校卒業後（入学者の99.5%が高校卒業）に、3年制の医療短期大学で学んだ者、3年制の看護学校（看護婦養成所）で学んだ者、この二者は看護婦国家試験の受験資格をその卒業時に得た者である。他の2つは准看護婦の資格取得を経由した者である。すなわち、普通高校卒業後2年制（定時制の場合は修業年限が異なる）の准看護婦養成所に通い、その後2年制の看護学校に進学し卒業した者と、高校の衛生看護学科を卒業し准看護婦資格を得て、2年制の専攻科ないし看護学校を卒業した者である。表11の2年制看護学校卒業者の数字には、衛生看護学科卒業者は含まれていない。（図3参照）

1977年度から1988年度までの総数をみると、3年制の看護学校卒業者が53%、医療短大卒業者が35%、2年制の看護学校と衛生看護学科卒業者が各6%ずつとなっている。年度により前二者の割合は多少変動するが、大きな変化の傾向はない。設置されている学校養成所数からみて、短大卒業者の割合が高いのが特徴といえるだろう。

職歴については、看護婦としての就業経験を持つ者が若干名いるが、毎年0～2名程度である。保健助産学科設置当初は3～4名の就業経験者の入学があったが、その後は「現役」入学が大勢を占めている。

次に、入学者の出身地と学校歴を重ねてみると次のようなことがわかる。単純な出身地別の県内者と県外者の比は、78%対22%であったが、卒業した看護婦養成機関の所在でみると、県内卒67%、県外卒33%となる。個別に学校歴をひろくと、県内出身者で県外の養成機関を経てUターンして来た入学者が10%、県外出身者で鳥取県内の養成機関を卒業しさらに保健助産学科に入学して来たものが2%いる。卒業生の県内定着率の高さは先に述べたが、入学時点でのUターン組の存在はその

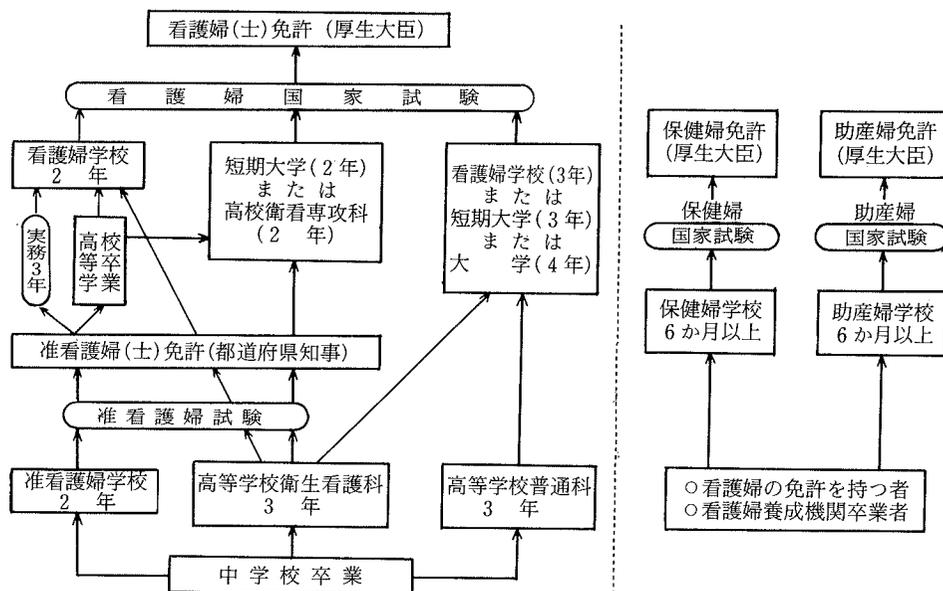


図3 看護職の教育制度

(出典：今村節子「看護婦教育」『教育と医学』第28巻第11号，慶応通信(1980)，p.55.)

志向の強さの一端を示すものであろう。

県内の看護婦養成機関は、現在、短期大学1校、看護学校5校(うち2年制の進学コースは2校)がある。同校への入学者の多い順では、鳥取大学医療技術短期大学部(32%)、倉吉総合看護専門学校(13%)、鳥取看護専門学校(12%)、国立米子病院付属看護学校(8%)、鳥取赤十字看護専門学校(2%)となっている。()内は、入学者総数に占める割合を示したものである⁹⁾

2) 卒業者の状況(1977~1987年度)(表12)

保健助産学科の卒業者は、1987年度までの11年間で164名である。このうち65名(40%)が保健職に就いている。就業先の内訳は表12の通りである。なお、表中「その他」は、すべて県立の健康増進センター勤務の保健婦であり、資料は、卒業年度の実業調査に基づいて分類を行っている。

まず気づくのは、鳥取県内で就業している者が85%と高い割合を占めていることである。その理由としては、一つには、同学科の鳥取県内の保健婦充足という設置趣旨、二つには、県内出身者の多い学生の側の地元志向があげられる。とりわけ、県内の就業先では、市町村保健婦と保健所保健婦が多く、健康増進センター勤務の保健婦もあわせると、地方公務員の身分の者が大半を占める。身分が安定しており、夜勤等もないためか、学科設置10年目の調査¹⁰⁾においても、退職者や転職者は極めて少なく、定着率の点でも高い。

しかしながら、近年、保健所保健婦・市町村保健婦としての就業が県内においても困難になりつつあることが指摘されている。I章でふれたように、鳥取県の市町村保健婦の主力は現在30代と20代後半であり、いわゆる世代交替が終了し、欠員募集が少なくなってきたこと、また、地方における行政改革の煽りから常勤職を採らずにすませる傾向があることなどが理由である。

3. 保健助産学科のカリキュラムの現状と課題(表13)

保健助産学科のカリキュラムについては、文部省・厚生省令の「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」第5条と第6条において、科目と時間数が定められており、これを受けて学則にカリキュラムと授業時数に関する事項を記載することになっている(通達・「保健婦及び助産婦養成所の運営に関する指導要領について」)。また、学習指導要領の詳細について、「保健婦教育課程学習指導要領」(昭和46年3月)、「助産婦学校教育課程改善に関する調査研究会報告」(昭和45年12月)、「助産婦学校教科内容解説」(昭和46年3月)等の通達や文書が出されており、それに準拠してカリキュラムが生まれ、授業計画が立てられている。

学則に定められた科目と時間数は、公衆衛生看護論—360(うち実習180, 研究60), 保健医療の社

表12. 保健助産学科卒業者の保健婦就業先内訳(1977~87年度)

(単位:人)

所在地 \ 種別	保健所	市町村	病院・診療所	事業所	その他	計
鳥取県内	16	30	3	2	4	55
県外	5	1	1	3	—	10
計	21	31	4	5	4	65

表13, 倉吉総合看護専門学校保健助産学科の教育の実施状況

科目	時間	期別 (学期)	1 期生	2 期生	3 期生	4 期生	5 期生	6 期生	7 期生	8 期生	9 期生	10 期生
			年間授業予定時間	1,425	1,872	1,914	1,888	1,912	1,896	1,888	1,884	1,844
年間授業実施時間	—	1,954	1,927	1,917	1,959	1,930	1,960	1,955	1,984.5	1,909	1,979	
保健婦課程	公衆衛生看護論	120	180	131	120	159	148	157	170	170	147	166
	保健医療の社会科学	45	50	46	46	46	46	46	46	48	48	44
	保健統計学	45	45	46	46	46	47	47	46	46	44	46
	疫学	60	62	62	60	60	60	62	62	62	62	62
	健康管理論	135	142	143	141	141	140	145	145	146.5	143	152
	社会福祉	30	16	15	15	16	14	15	17	18	17	17
	社会保障制度論		16	17	16	16	16	17	17	17	17	17
	公衆衛生行政	30	30	31	30	30	32	29	30	30.5	30	28
	研究	60	86	129	165	126	134	145	134	113.5	114	98
	小計	525	627	620	639	640	637	663	667	651.5	622	630
助産婦課程	母子保健概論	15	17	16	17	17	17	17	17	17	16	16
	母子保健医学	60	65	63	61	57	64	62	62	67	70	65
	母子保健管理	105	113	106	111	109	112	129	124	118	123	151
	助産論	105	137	106	116	124	119	119	146	146.5	111	116
	助産業務管理	15	22	15	15	17	17	18	18	16	19	15
	地域母子保健	45	47	45	45	45	45	45	45	45	45	45
	家族社会学	15	23	21	21	20	21	21	21	21	21	21
	小計	360	424	372	386	389	395	411	433	430.5	405	429
合計	885	1,051	992	1,025	1,029	1,032	1,074	1,100	1,082	1,027	1,059	
実習	地域実習	180	252	288	294	270	282	282	260.5	279.5	268	272
	助産実習	360	416	406	408	402	418	407	397.5	395	380	380
	小計	540	668	694	702	672	700	689	658	674.5	648	652
その他	—	235	241	190	258	198	197	197	228	234	268	
学生数	—	15	15	13	15	14	15	16	16	14	15	
実習に関する事	地域実習期間	保健所	4週間	5週間	5週間	5週間	5週間	5週間	5週間	5週間	5週間	5週間
		市町村	1週間	1週間	1週間	1週間	1週間	1週間	1週間	1週間	1週間	1週間
	地域実習施設	保健所	鳥倉米 取吉子	鳥倉米 取吉子	鳥倉米 取吉子	鳥倉米 取吉子	鳥倉米 取吉子	鳥倉米 取吉子	鳥倉米 取吉子	鳥倉米 取吉子	鳥倉米 取吉子	鳥倉米 取吉子
		市町村	鹿野町 青谷町 赤碕町	鹿野町 青谷町 赤碕町	鹿野町 青谷町 関金町	三朝町 東伯町 関金町	三朝町 青谷町 関金町	三朝町 青谷町 関金町	三朝町 青谷町 関金町	三朝町 東伯町 倉吉市	三朝町 東伯町 関金町	三朝町 東伯町 倉吉市
	フィールド活動状況			名和町 気高町		気高町	気高町	気高町 安来市	気高町	安来市	気高町 安来市	
	助産実習期間	9週間	9週間	9週間	9週間	9週間	9週間	9週間	9週間	9週間	9週間	
	助産実習施設	県立厚生病院中央病院	立厚生病院中央病院	立厚生病院中央病院	立厚生病院中央病院	立厚生病院中央病院	立厚生病院中央病院	立厚生病院中央病院	立厚生病院中央病院	立厚生病院中央病院	立厚生病院中央病院	立厚生病院中央病院
		最	14	16	12	16	11	13	11	14	14	11
	分娩件数	最	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
		平均	12.3	13.0	11.3	12.6	10.1	11.3	10.3	11.5	11.4	10.1
施設見学		・池田助産所 ・東部健康増進センター ・興和紡績株式会社	・上瀬小学校 ・東部健康増進センター	・興和紡績株式会社 ・上瀬小学校	・赤碕町立母子健康センター	・赤碕町立母子健康センター	・赤碕町立母子健康センター	・赤碕町立母子健康センター			・一日食品衛生監視	

(出典：鳥取県立倉吉総合看護専門学校『看護教育十年のあゆみ』1988, P. 77.)

会科学—45, 保健統計—45, 疫学—60, 健康管理学—135, 社会福祉・社会保障制度論—30, 公衆衛生行政—30であり, 通達の科目・時間数と同じである。なお, 1時間は45分授業であり, 通常2時間を単位に時間割が組まれ, 1日4コマ(8時間)の割合である。年間の教育計画は, 9~12月(一部8月)に保健婦課程の地域実習と助産婦課程の助産実習が交互に実施され, 実習期間をはさむかたちで4~7月と1~3月に実習以外の授業が行われている。学生は全課程を終了し, 3月の国家試験に臨む。

保健婦課程は, 実習・研究を含む公衆衛生看護論が中核となり, 他の科目と連携するように組み立てられている。担当も専任教員が中心になってこれにあたる。

表13は, 保健助産学科の開設以来10年間(1977~1986年度)の教育の実施状況である。学則に定められた科目・時間数と, それぞれの年度に実施された実際の授業時間数を対照し表にしてある。どの科目についても, 学則を上回る時間数の授業が行われているが, とりわけ保健婦課程に含まれる研究と地域実習の時間数が多いことが大きな特徴である。1年制の単独課程よりも時間的余裕のない保健婦助産婦合同課程において研究・実習が多いことは意外でもあるが, これは, 地域実習と助産実習が2グループ交代で行われ, かつ, 助産実習の方が長期間を要する故である。結果的とはいえ, 合同課程であるがため実習により多くの時間が与えられている。

正規のカリキュラム以外には, 任意参加のフィールド活動や, 施設見学, 行事として各種の講演会などがもたれている。

上記のように, 保健婦課程と助産婦課程は, 6ヶ月ごとに区切られているわけではなく, 1年間の課程の中に組み込まれている。すなわち, 学生の側からみれば, 実習は別として, 毎日の授業においては, 保健婦課程か助産婦課程かとその授業の区分がことさら意識されているわけではない。そのような事情は, 保健婦養成所として通達に基づく科目の設置や時間数をとり, 学習指導要領にそった授業が行われている点では, 単独課程の保健婦養成所と同じであっても, おのずと異なった条件を合同課程に付与しているといえるだろう。この条件は, 保健婦課程の各科目の相互の連携や深まりにとって, 阻害的なものと考えられてはいないが, 助産婦課程の同時履習がそのまま保健婦課程で得る知見や技術を高めるという単純な関係でもないはずである。確かに, 助産婦課程で学ぶ科目が, 保健婦就業後, 妊産婦や乳児の指導に直接役立ったり, また, 助産実習が看護の体験を豊かにすることは従来から評価されている。しかしながら, よりいっそう合同課程が相乗的な効果を生みだすためには, 合同課程を前提としたカリキュラムの開発が必要とされている。この課題は, 保健助産学科の教育実践の中で追究されつつあるが, 理論的にも深められるべき課題であろう。

保健婦養成課程と助産婦養成課程の相対的に独自の領域を大切にしつつも, 両課程の共通部分を深めていく試みは, 本論の中心的課題である障害児の早期発見・対応という課題に沿って考える時, その重要性をさらに鮮明にするであろう。

保健助産学科のカリキュラムが, 看護婦養成課程のカリキュラムを基礎として築かれることは言うまでもない。看護婦養成課程の専門学科はもちろんのこと, この領域では, 基礎科目である教育学や心理学が果たすべき役割も大きいことを, ここでは特に指摘しておきたい。

カリキュラム改革の問題は, 究極的には保健助産学科の修業年数の議論に関わらざるをえない。上記のように合同課程を前提としたカリキュラム開発や, 基礎科目との連携をはかったうえで, なお時間的な制約が上回る場合, その解決を修業年数の延長に求める方向に進むのか, それとも, 養成課程の限界として現職教育(卒後教育)に委ねるのかは, 保健婦教育の原理的な面からの詳細な検討が必要となるであろう。

III. 地域母子保健システムにおける保健婦の役割

1. 母子保健システムの評価モデルにおける4類型 (図4, 表14)

第I報の表1に示したように、鳥取県においては、都市IV型(2市)、中間II型(2市)、中間III型(27町村)、農山村II型(4町村)、農山村III型(4町)という類型の異なる39の市町村が、5つの保健所と分担・連携しながらそれぞれに母子保健事業を推進している。鳥取県の場合、全国一人人口規模が小さいこともあって、県を単位とした母子保健システムを構想することが可能である。そして、具体的には、先天異常モニタリングシステム・鳥取方式の整備や、県下統一の「3歳児健康診査票」及び「1歳6か月児健康診査票」の使用が実現している。しかし、乳児期から2歳までの健診システムは各市町村で多様であり、地域特性とマンパワー配置に見合っただけでそれぞれの地域で稼働可能かつ効果的なシステムの形成が課題となっていると認められた。

その際、母子保健の現状を評価する尺度を確定した上で「地域母子保健システム」づくりのプロセスを見通すことが有効であろう。従来からの母子保健の目的とされた「健全育成」に立てば、それなりの尺度が設定されよう。しかし、第III報で言及したように、母子保健の目的は「先天異常ないし心身障害の『早期発見・療育』^[11]」に置かれることが求められている。なぜなら、この目的は、「健全育成」の脈絡をもカバーし、母子保健水準を地域レベルでアップすることに鋭く切り込みうる内包を有したものであるからだ。

この目的に即した母子保健の現状の評価尺度として、加藤春樹氏(現・国立公衆衛生院)は、公衆衛生の要件とも言える①機会均等性、②臨地性、③総合性、④科学性を挙げている^[12]

- ①**機会均等性**：全ての異常を抽出するためには、全ての妊婦と子どもが一度はスクリーナーの眼前を通らなければならない。
- ②**臨地性**：スクリーニングは1度で完結するものではない。特にリスクアプローチは、いわゆる確定診断を自己目的とするのではなく、ハイリスクであろうと予測したものを抽出し、その経過を追いつつ予防的治療・リハビリテーション、あるいは確定診断に伴う治療・リハビリテーションにつなげていかななくてはならない。したがって対象の居住地に臨接した形での追跡管理とケアが必要となる。
- ③**総合性**：妊婦に対しては、遺伝相談を含む医療対応はもとより出産費用の援助などの福祉的援護システム、ハイリスク児に対しては治療・リハビリテーションなどの医療に加えて教育的・福祉的援護の枠組全般の整備が必要となる。
- ④**科学性**：スクリーニングの精度、治療・リハビリテーションの内容・方法、さらに教育・福祉などの援護資源のネットワーク整備や適正配置を担保する科学性が維持されなければならない。

そして、上記4つの評価尺度に基づく母子保健システムのモデル(図4)を構想している。このモデルは、対象と対象に対する接近方法の違いから3つのユニットに分けられて構成されている。**ユニットI**：妊娠期＝妊婦を対象とする。ここでは児の先天異常・心身障害の予防・予知が課題化される。

ユニットII：出生児を対象とする。ここでは先天異常・障害の発見・診断が課題化される。

ユニットIII：児を含む家族全体を対象とする。即ち障害児に対する治療・教育・リハビリテーションとそれを包含する家庭生活援護が課題となる。

加えて、このモデルは、親の会などのソーシャルアクションが重要な構成部分として位置づけら

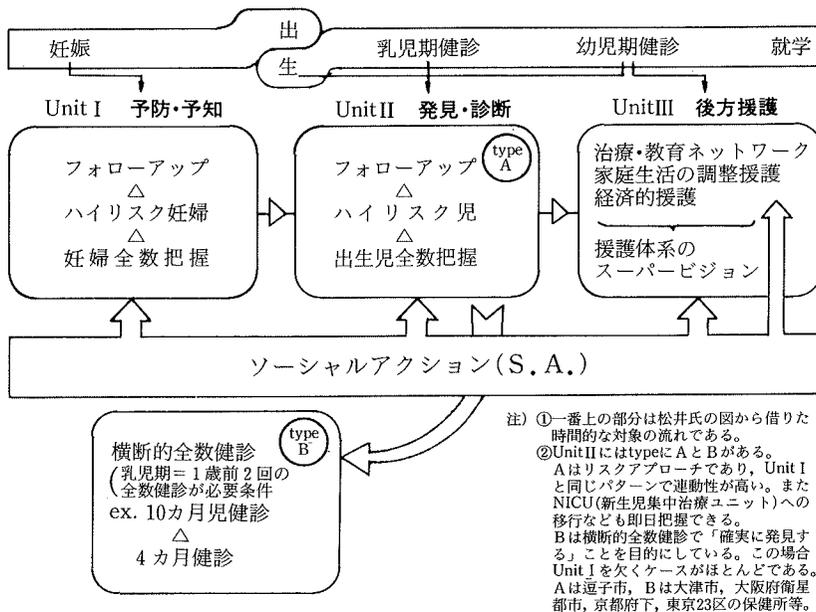


図4 母子保健システム到達度評価モデル(加藤春樹)
 (出典：松井，他『地域母子保健システム』1983年，p.204より)

れている。なお、図の注にあるごとく、ユニットIIではAとBのタイプが考えられている。

更に、加藤氏は、この評価モデルに照らして、表14のように、小都市モデル、中都市モデル、大都市モデル及び郡部モデルの4類型を選定している。鳥取県において、各市町村の地域特性に応じた地域母子保健システムを探る上で、この類型化は参考にしようとする。人口13万人台で中都市に属する鳥取市と米子市を除けば、小都市モデルか郡部モデルを積極的に検討してみる必要がある。次節では、小都市モデルの逗子市のシステムを今少し詳しく見ることとする。

2. 逗子市における地域母子保健システムと保健婦の役割

逗子市のシステムの特徴は、ユニットI～IIIを具備し、ハイリスク妊婦・ハイリスク児を抽出・追跡するリスクアプローチを採る点であるとされる。特に、乳児期2回の横断的全数健診による早期発見を重視する方式に対して、乳児健診は比較的荒いネットによるスクリーニングであっても、出生前の妊婦届時（母子健康手帳交付時）と出生時（出生届時）の面会相談（ほぼ全数）を通してハイリスク妊婦及びハイリスク児を抽出・追跡することを重視していることが特徴的である。従って、当初のハイリスク抽出は25%と高く想定されており、追跡の中で(1)ハイリスクからの除外、(2)確定診断—治療・療育への移行、(3)要継続観察を確定していく流れが設けられている。

予知・予防やハイリスク対象の抽出において、逗子市では、(1)スクリーナーとしての保健婦及び(2)健康管理者としての保健婦の役割が位置づけられている。

(1)スクリーナーとしての保健婦⁽¹³⁾：スクリーニングの場合、特に発達診断（問診も含めて）では教科書に書かれた一連の診断技術や設問を行うことは容易ではない。むしろ、集約した要点と経験活用によるカンによる方向づけもきわめて重要な手法であろう。保健婦は健診会場での問診や訪問の際の観察の機会が非常に多い。系統的な知識と経験の活用に沿って、いいかえれば“カン”

表14. 地域母子保健システムの加藤春樹氏による4モデル類型

モデル型	小都市モデル	中都市モデル	大都市モデル	郡部モデル
具体例	神奈川県逗子市	滋賀県大津市	東京都練馬区	京都府向陽保健所管内
人口, (年間出生数)	5万7千人(800名)	21万人 (3,100名)	65万人 (6,800名)	2市1町14万人(2,500名)
ユニット構成	I	◎	(欠落)	△整備努力
	II	Aタイプ ○	Bタイプ ◎	(A・B)タイプ○
	III	○	○	○
ソーシャルアクション	△	◎	(?)	◎
ハイリスク妊婦	◎ 母子健康手帳交付時相談 初妊婦教室 (母親教室)	× (県-?)	△ 抽出に努力中	△ 抽出・追跡が不十分
乳児健診	健診時期	出生届時面接相談 3か月児健診・6か月児健診	4か月児健診 10か月児健診	4か月児健診 3~4か月児健診 8~9か月児健診
	発見	比較的荒いネット	◎見落しなし・発見漏れなし	見落しなし・発見漏れなし
心理専門職	(1;6) にのみ配置	確保・配置	(?)	(?)
保健婦の主要な役割	スクリーナー	・経験的蓄積に基づく リスク児の抽出 ・面接の重視	・心理学的知見・発達研究 の成果に立った科学性 ・発達保障の思想性	(?)
	家庭生活の 継続的援助者	・訪問活動の重視 ・訓練会等へのリンク	相対的に低い	(?)
	スーパーバイザー	(?)	(心理専門職が果す)	ほぼ全面的に保健婦
コーディネーター	市の常勤保健婦4名が システム全体のコーディネーターの役割	(?)	(?)	府(保健所)と市町村の 分担と連携の重視

(加藤春樹「全国の地域母子保健システムの現状と課題」『地域母子保健システム』ふどう社, 1983年, PP.205~211を要約)

によって問題点を適確に抽出する能力が備わってくる。これが保健婦が1次スクリーナーとして機能しえる根拠なのである。

(2)健康管理者としての保健婦⁽¹⁴⁾: それ(出産や育児に関する知識—引用者注)をかみくだいて生活に沿って具体的に説明し指導することは、保健婦の大きな役割である。また、妊婦の健康は医学・医療のみでなく、その背景としての家庭環境や妊婦の性格(それが形づくられた生活史まで含めて)などに大きく左右されている。だから、直接健康にかかわるようにみえないような生活上の些細なことでも相談できる窓口として保健婦を位置づけることが必要になる。

このように、逗子市では把えている。「スクリーナーとしての保健婦」では、大津市が心理学的知見・発達研究の成果に立った科学的知識や技術をスクリーナーに要請しているのとは対症的にもみえる。しかし、経験的蓄積に立った「カン」を鋭くする上でも、「発達」科学に関する研修は重要であり、逗子市においても決して軽視されているわけではない。それは、今後の課題の項で、「そのため(観察児健診に心理相談員が未配置—引用者注)、心理相談員の肩代りはできないまでも、保健婦が子どもの精神発達理解に一定の力量をもち、かつ“生活を診る”視点と結合させて、親とともに子どもの療育の見通しをつくりあげていく作業をしなければならない。しかし、本来ならば心理相談員を確保し、保健婦とともにチームアプローチができる体制をつくりあげることが課題である。⁽¹⁵⁾

と記述されていることから、理解しうる。“発達を診る”力量と“生活を診る”力量の結合といえる。

次に、逗子市では継続的フォロー援助の保健婦の役割が重視されている。ハイリスク児の追跡・ケアにおける保健婦の役割は以下の4点に整理されている⁶⁹⁾

- ①医療ルートを開くこと。医師への患者紹介には地域の事情を熟知した保健婦のサポートが必要である。
- ②疾病や障害についての解説をし、親が正しい理解を得るようにすること。医師がどのように疾病の説明を行うかは千差万別であるが、その内容をかみくだきより実際に解説することは非常に重要であり、必要な治療・療育を早期に受ける大きな動機づけとなる。
- ③養育やしつけ、親の姿勢の確立のために精神的支援を行うこと。
- ④地域母子保健システムの中で、保健婦は健康支援者としてハイリスク児・障害児へのかかわりを継続していくこと。

そして、これらの役割を果たすために家庭訪問及び健康相談（所内・電話相談など）を重視している。特に、「対象児の社会的背景・家庭環境をふまえた上で、内容を吟味して行う家庭訪問は、疾病や子どもの社会的背景が複雑であればあるほど効果的に作用する⁶⁹⁾と高く評価されている。これらを言いかえれば、(3)家庭生活の継続的援護者としての保健婦の役割となろう。これは、ユニットIIIの後方援護システムへのコーディネートの役割とも一部重複してこよう。また、訓練会などの早期援助の自主的な体制づくりも含まれる。その場合も、「療育・訓練は家庭の生活の流れの中に定着して行われてこそ、その効果を発揮する。家庭訪問による家族や環境の調整指導がこの基盤づくりであり、手ぬきしてはならない保健婦の仕事である⁷⁰⁾との重要な指摘が行われている。医師や訓練士とは異った保健婦ならではの継続的援護者としての可能性と役割があるといえよう。

最後に、後方援護システムへのコーディネートを含めて、地域母子保健システム全体の(4)コーディネーター（連絡・調整者）としての保健婦の役割も位置づけられている。事業と事業、機関と機関、人と人を有機的かつ効果的に繋ぎ調整する役割である。

なお、逗子市は明確ではないが、表14にあるように、地域母子保健システム全体のスーパーバイザー（指揮・監督者）としての保健婦の役割が位置づけられているモデル地域もある。

3. 鳥取県の母子保健システムにおける保健婦の役割

逗子市の地域母子保健システムが鳥取県に参考となる理由として、妊娠時からの一貫したリスクアプローチを挙げることができる。第I報で述べたように、乳児死亡率（1980～84年の5か年間の平均値）で10%を越えたのが11町村、新生児死亡率（同）で10%を越えたのが5町存在した。婦人の就業率が全国でも極めて高い（1985年で第1位、45.2%）鳥取県ゆえに、母性の健康管理や妊産婦の生活背景にまで迫る母子保健システムが要請されていると判断できた。現に大山町など¹⁸⁾では、母性の健康管理を重視したシステムを工夫していた（第I報）。逗子市の妊娠届時及び出生届時の全数面談によるハイリスク妊婦・出産の抽出・追跡に始まるハイリスク児の把握方式は、保健婦1人当りの平均年間出生数が100人未満が多い県下の町村部でも稼働可能でかつ効果的なシステムと推測された。健康管理者としての保健婦の役割が、鳥取県の市町村の母子保健システムにおいて一層強化される必要がある。

また、脳神経小児科の医師の参加を得て乳児期のポイント健診を整備しつつある町村が増えていた（第I報）。脳神経小児科医や心理専門職の確保が困難な町村を含めて、乳児期の健診・相談の科

表15. 乳幼児健診・相談における市町村保健婦による手技・検査の実施状況 (1987年3月現在)

保健所	児童相談所	福祉事務所	項目 市町村	乳 児 健 診 ・ 相 談	1 歳 6 か 月 児 健 診	2 歳 児 健 診 ・ 相 談	
				() 内に特定された月齢を示した		(斜線は2歳児健診・相談なし)	
鳥取 (R2)	中東	鳥取	鳥取市	(0;6) おもちゃの把握, おすわり, 寝がえりの様子	◎積木の塔, 絵本の指さし		
			岩美郡				
			国府町	(0;3~4) ◎引き起こし反射など	積木, ボール, 絵本など使用		
			岩美町	(0;6) ◎姿勢反応, おもちゃの把握など	×		
			福部村	×	×		
			気高郡				
			気高町	×	×		
			鹿野町	(×)	(×)		
			青谷町	(0;4~12) 開排便制限, 簡単な姿勢反射	×		
			八頭郡				
			郡家	郡家町			
			(L5)	船岡町	×	行動観察, 子どもと会話	
			河原町	(0;3~4) うつぶせ, 股関節	絵本をみせて, 言葉・対人関係の観察		
			八東町	×	×	×	
若桜町	×	×	×				
用瀬町	×	×					
佐治村							
智頭町	(×)	(×)					
倉吉 (R4)	倉吉	中吉	倉吉市	(0;5) 定頭, 姿勢, 開排便制限, 追視, わがえり 下段のつっぱり, 筋緊張	なぐりがき	×	
			東伯郡				
			羽合町	×	×	×	
			泊村	(乳相) ボイタの姿勢反射	×	×	
			東郷町	×	積木, 絵本の活用	積木, 絵本, ボール遊び, ブロック	
			三朝町	(0;3) 姿勢反射	◎ブロック重ね, 絵本	×	
			関金町	発達状況のチェック	絵本, 積木	×	
			北条町	(0;2~4) 引き起こしによる定頭, うつぶせ, 開排便制限 (0;6~8) 引き起こし, おすわり, 寝がえり	積木, 絵本	×	
			大栄町	(0;4) 引き起こしによる定頭 (0;7) 前方パラシュート反応, 玩具 (0;10) 小鈴把握, ホッピング	×	×	
			東伯町	(0;4) 引き起こし及びうつぶせによる定頭 (0;11) パラシュート反応, ハンカチテスト	小さいボールの把握・容器に入れる なぐり書き, 積木, 絵本指示, 名前カード	×	
赤碕町	(0;3~4) 定頭	積木, 絵本指示	×				
米子 (UR2)	米子	西	米子市	(0;4) ガラガラへの反応, うつぶせ, 足のつっぱり	絵カード, 絵本指示		
			境港市	(乳相) 遠城寺発達診断表の利用 ◎うつぶせなど	なぐりがき, 積木, 絵本		
			西伯郡				
			西伯町	(0;4) 開排便制限, ひきおこし, 腹はい, 追視, 音への反応, 把握 (0;7) わがえり, おけり, 四線のはし, 樹線むせ (0;10) はし, つまり立ち	積木, 指さし, 遊び, 母子分離	名前, 年齢, 色, なぐりがき, 積木	
			会見町	(0;2~5) 腹臥位, ひき起こし, 開排便制限	積木つみ, 絵本の指さし		
			岸本町	×	積木, 絵本	積木, 絵本	
			日吉津村	×	積木, 絵本	×	
			淀江町	(0;3~4) 開排便制限, 定頭, 腹臥位 (0;7~8) おすわり, 四つ這い, つまり立ち, ハンカチテスト (0;11~12) つまり立ち	積木, はめ板, 指さし		
			大山町	(0;1~2) 音への反応, 追視 (0;3~4) うつぶせ, 引き起こし, 立位での つっぱり, ガラガラ把握 (0;5~6) 腹位, わがえり, ハンカチテスト, 両手把握	積木	積木, はめ板, 絵本	
			名和町	×	×	×	
			中山町	(0;2~12) おすわり, わがえり等段階に応じて			
			日野郡				
			日南町	姿勢反射 ◎ていねいに	積木つみ, おもちゃ, 絵本遊び		
			日野町	×	×	×	
江府町	×	はめ板, 積木	絵本				
溝口町	実際の確かめ	絵本, 語りかけ, おもちゃ, 遊び, 親子関係	同左				

(注) ◎は必要児のみへの実施を示す。×は特別には実施していないことを示す。空白は未回答を示す。

学性の実現が課題化されている。表15に、1987年3月調査（第II報）時点での、乳幼児健診・相談における市町村保健婦による手技・検査の実施状況を記載のあった全ての一覧として示した。スクリーナーとしての保健婦の役割が次第に高まっている証左ともいえるが、“発達を診る”視点と“生活を診る”視点の両者の結合と一層の科学化が求められていよう。

次に、後方援護システムの整備が遅れている（特に町村部）だけに、鳥取県では家庭生活の継続的援護者としての保健婦の役割、及びコーディネーターとしての保健婦の役割に特に期待の高いものがある。比率として低下しつつあった家庭訪問活動が今一度重視される必要があるし、早期援助の自主的体制づくり（ミニ療育会など）が特に町村で要請されていよう。親の会を組織したり、親自身の育ちを促すような援助⁽¹⁹⁾を行うことも忘れてはならない。また、第III報で整理しておいた保健所、医療機関、児童相談所・福祉機関と各市町村のシステムの連絡・調整は、県下に既に整備されている諸社会資源をフルに効果的に活用する上で不可欠の役割といえる。この点では、管内市町村の乳幼児健診と保健所の発達クリニックの連携を重視していた郡部モデルが参考にならう。

加えて、鳥取では、地域母子保健システムの①機会均等性、②臨地性、③総合性、④科学性を地域住民と共に創り上げていく意味で、ソーシャルアクションを組織したり方向づけたりする保健婦の役割、地域システムを構想し、スーパーバイズしていく役割も、特に市町村保健婦においては付加すべきではなからうか。各市町村に応じてどのような地域母子保健システムを創り上げていくのかという、戦略能力や政策立案能力さえ求められていると言っても過言ではない。

最後に、養成課程一現職教育を通じての保健婦の力量形成に言及しておきたい。障害児の早期発見・対応を目的とした地域母子保健システムに求められる学科性の幹は「発達」科学といえる。従来の養成課程では「発達」を保健医学的な成熟や成長として扱うことが一般的であり、看護課程段階での教育学・心理学・社会学との関連はそれほど意識されてこなかったと思われる。しかし、保健婦に求められる“発達を診る”力量は、成熟や成長に留まらないよりダイナミックな「発達」科学に立脚したものでなければならない。その意味では、教育学・心理学・社会学等の科目内容のより一層の「発達」科学的吟味と保健婦養成課程カリキュラムとの連動が一つの大きな検討課題となつてこよう。また、母性の健康管理から始まる地域母子保健システムを構想した場合、県立倉吉総合看護専門学校が採っている保健婦助産婦合同課程に対する期待は一層高まってくる。保健婦が助産婦課程を併せ履修していることは、母性一妊娠一出産一乳幼児を一連のものとして深く捉え、出生前からの障害の予知予防の推進に役立つと考えられるからである。現在の一年間を修業年限とする合同課程カリキュラムには改善・充実すべき点も残されていることが本稿において示唆されたが、合同課程には上述のような積極的な可能性も存在していることを忘れてはなるまい。

なお、鳥取県においても、「発達」に関する保健婦の学習が今までになく活発に展開されており、現職保健婦の“発達を診る”力量、及び“発達を診る”力量と“生活を診る”力量との結合度合も次第に高まっているように感じられる。今後、地域母子保健システムを発達保障ネットワークの一環として創造していく上で、保健婦の果たすべき役割とその可能性は鳥取県においても大きいと期待できよう。

〔付記〕本稿を執筆するにあたり、「マンパワーとしての保健婦の実態調査」に年度末の超多忙の時期にもかかわらず御回答いただきました市町村並びに保健所保健婦の方々、市町村保健婦活動実績等の資料で御便宜をいただきました鳥取県衛生環境部医務課の中原都看護係長、県立倉吉総合看護

専門学校保健助産学科に関する資料等で御便宜をいただきました同校の吉川恵子教務部長及び大石由美子講師（同校保健助産学科の第一期卒業生でもある）の皆様方に、大変お世話になりました。ここに記して感謝申し上げます。なお、本稿は、共同討議の上、第II章を君和田が、残りを渡部が責任執筆した。

〈注〉

- (1) 渡部昭男, 他「鳥取県における障害児の早期発見・対応の現状と課題(1)」『鳥取大学教育学部研究報告(教育科学)』第28巻第2号(1986), p. 390。
- (2) 後藤誠也, 他『1987年度特定研究報告書 山陰における発達保障をめざす教育と地域福祉のあり方に関する研究』鳥取大学教育学部(1988)。
- (3) 鳥取県市町村保健婦協議会『鳥取県市町村保健婦活動集録 住民の健康をみつめて—保健婦たちの願いと足跡—』(1987), p. 8。
- (4) 保健婦教員の養成機関は, この他, 厚生省看護研究センターの保健婦教員養成課程がある。修業年限はともに1年である。
- (5) 鳥取県立倉吉総合看護専門学校『看護教育十年のあゆみ』(1988), 参照。以下, 同専門学校の入学者・卒業者に関する数値は, 同冊子及び, 吉川恵子教務部長のご協力でご得たものである。
- (6) 助産実習では, 「学生一人につき正常産を10回以上直接取り扱う」ことが助産婦養成所の運営に関する指導要領で定められている。同校の助産実習は, 県中部と東部の中核的な県立病院で行われるが, 人口の少ない県であり一定期間の分娩件数には限りがあり, そのため助産実習受入れにおのずと枠が生じる。
- (7) 志願者の現住所ではなく, 帰省地を出身地とした。
- (8) 厚生省健康政策局看護課監修『看護関係統計資料集』日本看護協会出版会(1988)。
- (9) 前掲『看護教育十年のあゆみ』p. 250の表(出身学校別入学生の状況)より算出。
- (10) 前掲書編集のために同窓会が行った調査。
- (11) 松井一郎・朝倉さか江編著『地域母子保健システム—障害の予知予防と早期発見・早期療育実践』ぶどう社(1983), p. 12(松井一郎執筆部分)。
- (12) 同上書, pp. 201—216(加藤春樹執筆部分)。
- (13) 同上書, p. 32(松井一郎執筆部分)。
- (14) 同上書, p. 36(朝倉さか江執筆部分)。
- (15) 同上書, p. 82(石井陽子執筆部分)。
- (16) 同上書, p. 84(石井陽子執筆部分)。
- (17) 同上書, pp. 102—103(朝倉さか江執筆部分)。
- (18) 船越治子「大山町における母性をとりまく諸問題」, 田辺登志美・奥迫静子・梅林千恵「日南町における低体重児出生の現状とその生活背景について考える」, 共に注(3)前掲書所収。
- (19) 督相子「障害児の親の自律的・生活的力量形成過程の仮説構想—衛生教育の新たな課題的試論」(加藤春樹編『発達保障の門出—障害の早期発見・予後保障のいとなみ』医療図書出版(1981)の提起が面白い。
- (補注) 本稿執筆後に, 加藤春樹氏の地域母子保健システムの4類型に新たに「過疎地モデル」を提起した我妻則明「僻村における地域母子保健システムに関する実践研究」『小児保健研究』第46巻第1号(1987)に接することができた。加えて引き続き検討したい。

(昭和63年8月31日受理)

資料. マンパワーとしての保健婦の実態調査用紙（市町村）

設問A：保健婦歴—市町村No.1—

- A 1 貴婦の勤務先は？（A 1～2 は、無記名で回答していただく為に、回答者の所属を尋ねた設問です）
①市 ②町村
- A 2 貴婦の勤務市町村の管轄保健所は？
①鳥取保健所 ②郡家保健所 ③倉吉保健所 ④米子保健所 ⑤根雨保健所
- A 3 貴婦の年齢は、失礼ですが、幾歳台でしょうか？（昭和63年3月31日現在としてお答え下さい）
①20歳台 ②30歳台 ③40歳台 ④50歳台 ⑤60歳台
- A 4 貴婦が保健婦免許を取得されたのは？
昭和____年（年度ではなく年でお答え下さい）
- A 5 貴婦は、保健婦免許に加えて、助産婦免許もお持ちですか？
①助産婦免許も持っている ②助産婦免許は持っていない
- A 6 鳥取県では、保健婦・助産婦の確保の為に、県立倉吉総合看護専門学校に保健助産学科を特に設置しています。貴婦は、その卒業生に当たりますか？
①卒業生である ②卒業生ではない
- A 7 貴婦の勤務市町村での保健婦としての雇用形態をお教え下さい。（昭和63年3月末日現在で）
常勤・非常勤の別 → ①常勤 ②常勤だが、産休・育休などで休職中 ③非常勤
正規職員・嘱託などの別 → ①正規職員 ②嘱託職員 ③代替職員（産休代理など）
④その他（)
- A 8 貴婦が現在の勤務市町村に保健婦としてA 7の雇用形態で就業したのは何年でしょうか？
昭和____年（年度でなく年でお答え下さい）
- A 9 貴婦が現在の勤務市町村に保健婦としてA 7の雇用形態で就業するまでの経歴をお教え下さい。
（あてはまる選択肢すべてに○をつけて回答して下さい）
①保健婦職に就いた経験がある。
(1)現在の市町村に現在とは異なる雇用形態で保健婦として就業（雇用形態：)
(2)他の市町村に保健婦（常勤・非常勤を含む）として就業 →（鳥取県内、鳥取県外）
(3)保健所に保健婦（同上）として就業 →（鳥取県内、鳥取県外）
(4)医療機関に保健婦（同上）として就業 →（鳥取県内、鳥取県外）
(5)民間企業などの事業所に保健婦（同上）として就業 →（鳥取県内、鳥取県外）
②助産婦職に就いた経験がある。 →（鳥取県内、鳥取県外）
③看護婦職に就いた経験がある。 →（鳥取県内、鳥取県外）
④その他（)
- A 10 貴婦が、看護婦免許の上に更に保健婦免許を取得し、保健婦職を志望した理由をお教え下さい。
（A 10～11は、自由記述で大変ですが、重視した設問ですので、是非とも御記入下さい。）
{ }
- A 11 貴婦が、保健婦の内、特に市町村保健婦を志望した理由をお教え下さい。
{ }

設問B：保健婦の業務—市町村No.2—

- B 1 貴婦自身の「昭和62年度保健婦活動実績」を、以下の14項目別に時間数でお知らせ下さい。
（昭和62年度実績が未確定の場合は、見込みの時間数でお知らせ下さい。また、個人別でなく市町村単位で集計している場合には、保健婦1人当たりに換算した時間数でお知らせ下さい。）

① 家庭訪問	② 健康相談	③ 集団検診	④ 衛生教育	⑤ 地区管理	⑥連絡・ その他	⑦ 会 議	⑧ 研 修
⑨保健婦 関係事務	⑩その他 の事務	⑪ 予防接種	⑫ 実習指導	⑬ 係長業務	⑭ そ の 他	昭和62年 度総時間	記入時間は 何れでしょう (1)確定時間である (2)見込み時間である
						時間	

B 2 貴婦自身の「昭和62年度家庭訪問実施状況」を、以下の14項目別に件数でお知らせ下さい。
(昭和62年度実績が未確定の場合は、見込みの件数でお知らせ下さい。また、個人別でなく市町村単位で
集計している場合には、保健婦1人当たりに換算した件数でお知らせ下さい。)

① 感 染 症	② 結 核	③ 精神障害	④ 心身障害	⑤ 成 人 病	⑥その他 の疾病	⑦ 妊 婦	⑧ 産 婦
⑨ 未 熟 児	⑩ 乳 児	⑪ 幼 児	⑫ 家族計画	⑬ 独居老人	⑭ そ の 他	昭和62年 度総件数	記入件数は 何れでしょう (1)確定件数である (2)見込み件数である
						件	

B 3 現在の貴婦の保健婦活動に必要な専門知識は、主にどこで身につけたものでしょうか？専門知識を身につけたと予測される養成課程などを列挙しましたので、そこで得た専門知識が現在のどの程度活用されているか、5段階の活用度合でお答え下さい。

	おおいに 活用	かなり 活用	どちらと もいえない	あまり活 用してい ない	活用して いない
(1)看護婦の養成課程での経験・知識	①	②	③	④	⑤
(2)保健婦の養成課程での経験・知識	①	②	③	④	⑤
(3)保健婦に就業後の経験・知識	①	②	③	④	⑤
(4)保健婦に就業後の研修による知識	①	②	③	④	⑤
(5)看護婦・助産婦への就業の体験・知識	①	②	③	④	⑤
(6)結婚・育児など自らの人生体験・知識	①	②	③	④	⑤
(7)その他 ()	①	②	③	④	⑤

B 4 貴婦が、貴婦自身の保健婦活動を更に充実させる為に、研修等で現在最も得たい知識・技能などは何でしょう？具体的にお知らせ下さい。(研修したい分野などでも結構です)

[]

B 5 貴婦の市町村(又は担当地区)の保健ニーズとして、今後重視すべき業務の順位を仮に付けるとすれば、ベスト3ほどの業務になりますか？貴婦自身の意見をお知らせ下さい。

(業務は、貴婦の市町村で使用している名称で記入下さい)

優先順位第1位 () 第2位 () 第3位 ()

どうも御協力有り難うございました。

