

subsidies are given for the services including vaccination, health examination and treatment. Particularly the infectious patients are given free hospitalization; c) TB services are totally integrated into the existing health and medical system on permanent basis.

### **TB Control and PHC in Japan**

Furthermore, TB control in Japan has several characteristics in the context of primary health care system.

As already mentioned earlier, the integration of TB service has been fully made into general health services. 1) General medical institutions including general practitioners or private institutions are involved as main forces for diagnosis and treatment services. 2) Case registration and management are made through public health center covering about 100,000 population each, and 3) Above activities are supervised or controlled by the TB advisory committee formed at each public health center. Computerized epidemiological surveillance system for TB is now a good model for disease control evaluation and monitoring. Every TB patient's basic information is put into a computer at each Public Health Center, which is accumulated and tabulated anonymously at the prefecture and national level on line. Among those characteristics, utilization of private sector as main forces for services and supervision system are efficient and very unique in the world.

Community work has been promoted by **public health nurses (PHNs)**, who are given responsibility and authority for working in the community. Their role is tremendously effective. Though there is a medical officer at public health center, PHNs have made a good liaison between community and government system. High priority has been given to periodical on the job training for them.

**Community participation** is promoted in a more organized large scale through anti-TB association, Women's anti-TB society, patient's alliance, or other small pioneer NGOs. Their activities are supported by TB specialists, the Ministry of Health, politicians and last but not least by the Royal family.

**Public education** is promoted through mass media or publications with a good help of TB specialists and administrative officers.

### **Wider Range of TB Work by TB specialists**

Lastly one of the good lessons we can share from the history of TB control in Japan is the wider role of TB specialists. Though the TB specialists in Japan were mostly pathologists or clinicians, their work has been very wide as clinicians, public health managers, researchers, educators, advocates, or national program planners.

The specialists of TB and other infectious diseases must keep this role, not only being indulged too much in his/her narrow area of research, but also playing a wider role to motivate and mobilize the society to take an appropriate action for controlling these diseases. We know that it would need a long-term commitment to control and eliminate infectious diseases even though they look disappearing for some time.

### **Conclusion**

The Japan's experience shows that TB control can be most effective and successful when the modern principles of TB program are implemented in a strengthened health infrastructure, resulting in reducing TB problem. And at the same time this TB program implementation contributes to improving national public health system itself. The current global TB strategy by WHO through a package program with DOTS aims at this model. Some developing countries have a good health infrastructure but no good TB program. They need to have a strengthened TB program. Many developing countries have still very poor infrastructure. They also need to have strong TB program, as it would improve the public health system as well. It is now a worldwide challenge to prove this model.

厚生労働科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）  
分担研究報告書

戦後日本の農村開発を途上国に活用するための方策に関する研究

分担研究者 佐藤 寛 アジア経済研究所開発研究センター 主任研究員

研究要旨

本分担研究においては、戦後日本の健康水準改善の経験を、保健セクターに限ることなく広く農村開発の文脈で捉えることを目指している。このために昭和20年代から30年代にかけての資料、証言を収集し、これらのドキュメントを分析することで、現在わが国が途上国で実施している保健医療分野での開発協力プロジェクトにおける実践的な教訓を導き出すことを目指してきた。最終年度となる本年度は、主に沖縄、北海道、京都などで関係者インタビューなどの聞き取り調査を実施するとともに、国内外でこうした研究成果の発信に努めた。

多くの発見があったが、特に昨年度の研究の中から浮かび上がってきた「評価(evaluation)」と「賞賛(appreciation)」の対比という問題については、さらに掘り下げた検討を行った。数値目標で示される短期間での実績主義ではなく、長期的に「受益者」から「感謝」(Appreciate)されることが重要な評価軸であった、という指摘はセクターを越えて、かなりの程度妥当する原理であったことが明らかになりつつある。公務員たる保健婦、生活改良普及員などの高い職業倫理は、ややもすると「日本の特殊性」として特別扱いされ、途上国には移転不可能とされる。しかし、当時の日本には対象者から実際に感謝されることで「達成感」という報償を得るシステム、常に対象住民からの注視があることで「義務感」という倫理を維持させられるシステムがあった、と考えることは出来ないだろうか。だとすれば公務員の「献身的態度」は単に日本的な文化的特質によるものではなく、制度的な要因によって維持されていた、と考えることが出来る。そうであれば、このような制度を現地の状況に適合的な形で作り上げることで、援助プロジェクトにおいても「公務員の倫理」や「末端公務員と住民のシナジー関係」を構築することが出来る可能性が秘められているのではないだろうか。

研究協力者

山本敬子（国際協力機構国際協力専門員）  
池野雅文（コーエイ総研）  
山崎照美（日本放送協会）  
太田美帆（レディング大学大学院）  
山下優子（神戸大学大学院）  
関なおみ（ロンドン大学大学院）

A. 研究目的

本分担研究においては、戦後日本（主として昭和20-30年代）の健康水準改善の経験を、広く農村開発の文脈で捉え直すために、当時の資料・証言を収集し、こうした経験の整理・分析によって、現在我が国が途上国で実施している保健医療分野での開発協力プロジェクトにおける実践的な教訓を導き出すことを目的とする。

B. 研究方法

本分担研究においては、日本各地の戦後の農村開発の経験の聞き取り、残存資料収集を行う。その際の切り口として、①厚生省（当時）管轄下の保健婦・栄養士の活動、②農林省（当時）管轄下の生活改良普及員、開拓保健婦の活動、③文部省（当時）管轄下の社会教育主事、公民館長の活動、④その他の省庁地方自治体の管轄した生活改善運動の活動を多面的に捉え、一つの地域で様々な行政がどのような活動を行い、棲み分け、協調してきたのかを跡付け、これらの「マルチセクターアプローチ」が特に農村地域の健康水準の向上に大きく貢献したことを実証する。

（倫理面への配慮）面接対象者は主に昭和20年代、30年代に保健婦、生活改良

普及員、開拓保健婦などとして活動された高齢者である。これらの方々に対する聞き取りにおいては、当方の目的（我が国の途上国援助への教訓）を説明し、その趣旨を理解して頂いた上で、聞き取りを行っている。また記録の公表においては、対象者のプライバシーに関する部分についての配慮を十分に行っている。

本調査の社会科学的性格に照らして、倫理的な問題点はないと判断する。

### C. 研究結果

本年度の分担研究では、主に京都（2004年8月）、沖縄（2004年12月他）、北海道（2004年12月他）などの聞き取り調査を実施した。同時に沖縄と北海道では、現在我が国がホンジュラスで実施している「地域保健」プロジェクトのカウンターパート研修の一環として、実際にホンジュラス人の「ヘルスプロモーター」を引率して、「生活改良普及員」「公衆衛生看護婦」「開拓保健婦」などのお話しを聞き、現在の活動を視察する機会などを得た。

この研修で、研修生が最も感銘を受けたのは、元生改さん（年齢は60代後半）のお話で、もちろん英語は通じず通訳を介しての紹介であったが、実際に活動を経験した人にしか語れない「情熱」を研修生も感じ取ることが出来たという。しばしば日本の経験は、言葉の壁があって外国の人に伝えにくいと言われるが、入念な予備知識の注入と、お話しを聞く場所のセッティングなどを工夫することによって、十分に伝達可能であることがこの事例からも明らかとなった。

われわれの研究の主たる目的が「戦後日本の経験をどのようにして途上国に伝えられるか」というところにある以上、こうした「伝え方」の工夫は本研究の成果の一つとして明記しておきたい。

また、研究成果の「発信」についても、いくつかの新たな知見が得られた。特にこれから国際協力の現場に赴こうとする若い人々（研修医や青年海外協力隊候補生など）は、ややもすると海外の「開発学」を吸収することが「キャリアパス」構築のために重要だと思い、日本の事例を顧みない傾向があるが、こうした人々にも「おばあさんの時代の日本」という舞台設定で当時のスライドや資料を提示し、適切な解説を加えることで、深い興味を示す事が明らか

である。特にこれから海外に活動に出ようとする人々は、ひとたびこうした問題の重要性に気づけば、熱心に知識と情報を吸収しようとするものであり、こうした人々に対しての「教育」「情報伝達」活動の方法を工夫し、教材を整理していくことの意義は高いものと考えられる。

分担研究者の佐藤は国際協力機構（JICA）の青年海外協力隊事業の広報誌『クロスロード』に「途上国ニッポン知恵」と題して、戦後の日本の農村開発経験を連載してきたが、多くの関係者から関心が寄せられたことも、こうした潜在需要の存在を示していよう。

北海道、沖縄の聞き取り調査では、引き続き「生改」「開拓保健婦」の献身的な努力を含む貴重なライフヒストリーを得たが、今後はこれらのライフヒストリーを比較検討することで、日本の農村開発に寄与した「末端公務員のモラルの高さ」についての考察を深めていきたい。

### D. 考察

昨年度の研究の中から浮かび上がってきた「評価（evaluation）」と「賞賛（appreciation）」の対比という問題については、様々な機会でも報告し、大きな反響を得ている。

欧米式の「契約主義」によって活動する公務員は、「何をすべきか、どのようにすべきか」を業務仕様書・マニュアルなどで明示され、その仕事の評価は数値目標で図られやすい。これは最近の日本でも、途上国の援助プロジェクトでも実績主義という名の下に実践されようとしている。しかし短期間の数値目標で示す以外の公務員評価の方法もあるのではないかと。

その一例が、長期的に「受益者」から「感謝」（Appreciate）されることを評価軸とする「日本的」なやり方であったのではないかと、との問題意識は本研究を通じて次第に明確に意識されるに至った。この「感謝」による評価という仕組みは、「何をすべきか」「どのようにすべきか」があらかじめ明示されてはおらず、現場に配置された公務員が、自分の創意工夫と自由裁量に基づいて試行錯誤していくことを許容する。この方式は、単に保健婦や生改のみではなく、他のセクターの末端公務員（郵便配達、駐在警察官などを含む）にもかなりの程度妥当する原理であったようだ。

日本の公務員の高い職業倫理は、ややもすると「日本の特殊性」として特別扱いされ、途上国には移転不可能とされる事が多い。しかし、これが単なる「道徳観」の問題ではなく、対象者から実際に感謝が寄せられることで「達成感」という報償を得ることが出来るシステム、常に対象住民からの注視があることで「義務感」という倫理を維持させられるシステム、という風に考えるならば、一つの制度として理解することができよう。

#### E. 結論

戦後日本の「復興」「保健水準の飛躍的向上」「経済成長」「農村貧困の撲滅」といった成功の鍵の一つに、公務員の「献身的態度」があるが、それは単なる日本的な文化的特質によるものではなく、制度的な要因によるものであると考えられる。

従って、このような制度を現地の状況に適合的な形で構築することで、途上国の農村開発や地域保健のプロジェクトでも、「公務員の倫理」「末端公務員と住民のシナジー関係」といった社会関係資本（ソーシャル・キャピタル）を構築することが可能だと考えられるのではないだろうか。

そのようなプロジェクトがどのように実施可能なのか、全国的な規模での制度構築・制度改変無しに、まず小さな対象地域で開始するという「パイロット・プロジェクト」という方式でこのような社会関係資本の構築が出来るのか、などについては今後の研究課題であると考えられる。

#### F. 健康危険情報 該当せず

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

佐藤寛

「援助におけるエンパワーメント概念の含意」佐藤寛編『援助とエンパワーメント』アジア経済研究所 2005 pp.3-24

池野雅文（研究協力者）

「開発援助における社会的準備とエンパワーメント」佐藤寛編『援助とエンパワーメント』アジア経済研究所 2005 pp.105-130

佐藤寛

連載「途上国ニッポンの知恵」国際協力機構『クロスロード』

2004年4月号「キッチンカー」

2004年5月号「初めての簡易水道」

2004年6月号「ニワトリと卵」

2004年7月号「献身的な検診」

2004年8月号「味噌革命」

2004年9月号「ペッサリーと愛の小箱」

2004年10月号「ワラ布団と布団皮」

2004年11月号「外堀を埋める」

2004年12月号「ムリ・ムダ・ムラのない生活」

2005年1月号「洗濯という選択」

2005年2月号「開拓の時代」

2005年3月号「蚊とハエをなくす運動」

#### 2. 学会発表など

佐藤寛

『村人の健康改善と生活改善運動』国際保健医療学会 ワークショップ 3 2004/10/10 JICA 国総研

佐藤寛

『戦後日本農村における近代的生活の咀嚼過程』

2004/10/15 国際政治学会 於・淡路夢舞台

SATO Kan Hiroshi

*Rural Development in Asia: Synergy between Rural Community and Local Administrations*

2005/1/25 GDN Conference at Dakar Senegal

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 該当せず

厚生労働科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）  
分担研究報告書

戦後日本の助産師の経験を途上国保健医療システム強化に活用する方策に関する研究

分担研究者 大石和代 長崎大学医学部保健学科教授

研究要旨

平成 14・15 年度に長崎県内に在住する元開業助産婦 22 名への聞き取り調査を実施し、聞き取り調査終了後に内容の分析をした。

元開業助産婦は、助産婦免許取得後、出身地にもどり、「見習い」「研修」「修行」という形で助産所や医院に 2 年程度勤務していた。この期間は新米助産婦が熟練した先輩助産婦や医師から指導・助言を受けて自らの助産の実践能力を高めるだけでなく、新人助産婦が地域の現状を把握し、地域住民および助産師仲間・医師との間に信頼関係をつくる期間でもあった。「見習い」「研修」「修行」を経験した後、開業助産婦として地域で活動を開始し、妊娠・出産・育児と一人の女性に継続的にかかわった。また、開業後は職能団体に加入し、研修等に積極的に参加して助産技術の保持・向上に努めていた。助産婦に認められている自由裁量権が開業助産婦の主体的な活動を促進させ、強い責任感を抱かせ、生涯にわたる自己研鑽につながっていた。

これらの元開業助産婦の経験は熟練助産者の育成、熟練助産者の助産技術を保持・向上させるための支援、妊娠・出産・育児を通しての継続ケアの実施等、途上国保健医療システム強化への活用の可能性が示唆された。

A. 研究目的

本研究の目的は、わが国における戦後の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に活用するために、母子保健対策を中心に科学的な検討を加え、途上国の立場から日本での経験の応用可能性を検討することである。本分担研究者は、戦後の開業助産婦活動について調査し、調査結果を分析することを目的として本研究を分担する。

平成 16 年度は、平成 14・15 年度に引き続き、元開業助産婦の活動について追加調査を行い、聞き取り調査の内容について詳細

に分析する。さらに、文献等を使用して、これらの経験の途上国への活用の可能性について検討する。ついで、聞き取り調査の内容をもとに元開業助産婦の個人史を作成し、民族誌（エスノグラフィー）を編纂する。

B. 研究方法

1. 対象

研究の趣旨を理解し、協力の得られた、長崎県内に居住する元開業助産婦 22 名を対象とした。

2. 調査期間

平成 14 年 4 月～平成 17 年 3 月である。

### 3. データ収集方法

分担研究者および研究協力者がそれぞれの対象者を戸別訪問し、戦後の開業助産婦活動に関する半構成的な面接調査を実施した。対象 1 人あたりの面接の所要時間は 1 回につき平均約 2 時間であった。対象 1 人につき複数回の調査を実施した。

#### (倫理面への配慮)

対象者には研究目的、方法などの説明をし、研究参加の同意が得られた後に実施した。また、対象者の許可を得て面接内容を録音した。

### C. 研究結果

調査結果の分析から、以下の助産婦活動を抽出した。

#### 1 徹底した現場主義

助産婦免許取得後、「見習い」「研修」「修行」という形で助産所や医院に 2 年程度勤務した後に開業していた。この期間に地域の状況について把握するとともに、地域住民との間に信頼関係を築いた。そのためか、開業直後から住民の受け入れは良かった。専門職として妊産婦の自宅を訪問し、助産活動を実施した。

#### 2 継続ケアにおける自由裁量権と住民からの賞賛

開業助産婦は妊娠中（契約）から産後 1 週間まで、責任をもって継続ケアを提供していた。分娩料金には妊娠ケアから産後ケアまでの料金が含まれているが、ケア提供に関するマニュアルはなく、ケアの量（妊婦健診の回数等）は開業助産婦の自由裁量によった。助産婦は必要と判断した妊産婦には惜しみなくケアを提供して住民のニー

ズを満たし、住民から高い賞賛を受けていた。

#### 3 助産技術を保持・向上させるための努力

開業助産婦はみな職業団体（助産婦会）に加入し、職能団体が企画した研修には積極的に参加していた。また、研修会で学んだことが活動に生かされていた。研修会の開催では、多くの助産婦が参加できるよう「日帰り」等の工夫がされていた。

### D. 考察

#### 1 戦後日本の開業助産婦の経験について

開業助産婦は助産婦免許取得後、出身地にもどり、「見習い」「研修」「修行」という形で助産所や医院に 2 年程度勤務するが、この期間は、新人助産婦が先輩助産婦や医師から指導・助言を受けて助産の実践能力を高める期間であり、地域住民および助産婦仲間・医師との間に信頼関係をつくるの期間にもなっていた。この期間を経ることで、開業助産婦は開業当初から地域にスムーズに受け入れられることができ、その後の活動も円滑になったと思われる。

助産婦は、自由裁量権のもとで主体的に継続ケアを実践し、住民から多くの賞賛を得ていた。これらの賞賛を誇りに感じることで、助産婦はさらに強い責任感を持ち、生涯にわたっての自己研鑽につながったと思われる。

#### 2 開業助産婦経験の途上国への活用の可能性について

##### 1) 熟練助産者の育成

日本では、1899 年の産婆規則制定以来、全国規模での助産婦（産婆）の育成が行われてきた。育成された助産婦は、全国津々

浦々で開業助産婦として出産を担当し、介助した出産のほとんどが安全な出産であった。現在、途上国全体での熟練助産者による出産介助率は全出産の 50%程度である。今回の調査対象となった元開業助産婦の殆どが高等小学校(8年教育)卒業生であり、熟練助産者の育成は必ずしも高学歴を必要としないと思われる。途上国での熟練助産者の育成や TBA トレーニングに元開業助産婦が受けた教育を取り入れることにより、熟練助産者を数多く育成することができるのではないだろうか。

## 2) 熟練助産者の助産技術を保持・向上させるための支援

今回の調査対象者全てが職能団体である助産婦会に入会していた。職能団体は定期的に研修会等を開催していたが、研修会へ参加することは専門職として知識・技術を助産婦仲間から学ぶ大切な機会となっていた。熟練助産者が助産技術を保持・向上させ、長く仕事に携わることができるように、途上国においても、国が熟練助産者や TBA トレーニング修了者に対してフォローアップ教育を行うだけでなく、熟練助産者が職能団体をつくり仲間同士で学びあい、支え合うことができるよう支援すべきだと考える。

## 3) 妊娠・出産・育児を通しての継続ケアの実施

元開業助産婦は妊娠中から産後 1 週間まで、責任をもって継続的にケアを提供していた。提供するケアの量(たとえば、妊産婦健診の回数等)は助産婦の自由裁量によ

って決められていたが、このような助産ケアは住民のニーズを満たすものであり、助産婦は住民から尊敬と信頼を得ていた。現在途上国では、熟練助産者の仕事は出産時におけるケアが中心である。しかし、出産は妊娠・育児期と比較すると時間的には非常に短く、しかも妊娠期の延長上にある。熟練助産者が妊娠の段階から女性とその家族に接し、信頼関係を深めながら出産・育児期までケアを提供できるようなケアシステムは活用できるのではないかと思われる。

## E. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 中尾優子、門司和彦、大石和代、松尾奈美子、Mahmudur PAHMAN、Meejady Sabrina FLORA、後藤利江、バングラデシュ・ダムライ郡の分娩・授乳状況—妊婦、乳幼児をもつ母親、伝統的産婆、地域家族福祉補助員、看護師への集団面接結果—、日本民族衛生、第 70 巻第 3 号、112-122P、2004。

### 2. 自由研究集会の開催

長崎県総合公衆衛生研究会において「開業助産師の経験を途上国母子保健強化に活用する方策について考える自由研究集会」を開催した。2005.3.4(長崎市)

## H. 知的財産権出願・登録状況

該当せず

厚生労働省科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）  
分担研究報告書

保健婦の経験を途上国に活用するための方策に関する研究

分担研究者 坂本 真理子 愛知医科大学看護学部 助教授  
研究協力者 若杉 里実（岐阜大学）、錦織 正子（茨城県立医療大学）、  
水谷 聖子（日本赤十字豊田看護大学）

研究要旨

本分担研究では、平成 14 年度、平成 15 年度の研究に引き続き、戦前・戦後、我が国の農村僻地において活動を行っていた退職保健婦にインタビュー調査を行い、途上国に活用できる保健婦の経験についての考察を進めた。平成 16 年度では、当時の保健婦育成に係る養成機関や現任教育についての情報や組織的なサポート体制についての情報収集を強化したことが、途上国への活用に具体的な示唆につながった。戦前・戦後初期における保健婦養成には大きな格差が見られ、インタビュー協力者の教育背景の多様さがそれを物語っていた。戦後、人材が不足していた農村・僻地において、専門的な保健・医療の知識をもつ保健婦は尊重されていた。地域からの期待をうけ、保健婦たちも熱意をもって昼夜を問わず、生活相談全般に答えていった。結果として全責任を任せられ、個々の保健婦の自由な発想で住民の生活ニーズに沿った活動を実施できた側面もあったと考えられる。保健婦活動は、応急手当や助産といった緊急な保健課題への個別対応から始まり、コミュニティへ頻りに足を運び、保健婦の存在を知らせること、保健婦自身が住民の生活を知ること、住民の信頼を得る等のプロセスを通じて、組織的な活動に変化していった。保健婦達は、活動を通してコミュニティ内外の人的・組織的な資源をよく把握し活用していた。また、保健婦活動を支える組織的な支援として保健所の存在があり、定期的な研修会の開催により異なる地域で働く保健婦たちの学習や情報交換のよき機会となり、情報の伝達システムとしては非常にすぐれたものがあったと考えられた。

A. 研究目的

わが国では戦後復興期（1945 年）から高度成長期（1960 年代）までの期間、特に劣悪な生活環境や乏しい資源のもとで、農村僻地においても活発な保健活動が繰り広げられた。当時のわが国の生活環境には、現在

の発展途上国が置かれている状況と共通する側面が多く見られる。我が国では、第一段階として 1950 年から 1955 年までにおいて、次の段階として 1955 年から 1960 年代前半までの時期にわが国における乳児死亡率は目覚ましい低下を示した。（表

1)表2は、乳児死亡率の年次推移を地域別に見たものである。これらの地域は、後述するインタビュー調査の協力者の活動県でもある。1950年当時の地域差は大きく、その地域差は1960年代前半まで継続した後、徐々に格差が少なくなっていく。

平成16年度の研究では、発展途上国における保健医療システム、特に最も住民の生活に近いフロントラインレベルの強化に活用できる点を見出すことを目的としたインタビュー調査を、平成15年度に引き続き、行い、結果を統合した上で考察を進めた。

## B. 研究方法

### 1. 協力者の選出方法

既存資料や地縁等で情報を得たうえで、所轄保健行政機関に調査の主旨を説明し、該当者を紹介してもらった。

### 2. 依頼方法

紹介者を通じて該当者に調査の主旨・内容を説明した依頼文を郵送し、研究協力の同意が得られた上で日程を調整し、居住地区に出向き、インタビューを行った。インタビューを実施する前に研究協力への同意書を得た。

### 3. 協力者

協力者は10人である。協力者の概要を表3に示す。なお、表3に示したのは、平成15年度及び平成16年度に調査を行った協力者を統合したものである。

### 4. インタビューの内容

#### ①赴任時の地域の状況

#### ②生活課題・健康課題のとらえ方

#### ③具体的な活動方法と内容

- ・優先された健康支援の内容
- ・支援の方法

#### ・日常の調査活動の有無と活用

・多方面の人的資源との連携方法④組織的な支援体制⑤保健婦のもっていた自由裁量の状況5. 倫理的配慮

インタビュー調査にあたっては調査依頼時とインタビュー調査開始前に研究の主旨を説明し、同意書にサインを得た。また録音・メモなどの承諾を得た。研究に用いるインタビュー内容については、後日協力者に送付し、内容の確認を依頼した。

## C. 研究結果

以下の結果は平成15年度及び平成16年度の結果を統合したものである。

### 1) 協力者の特徴

#### (1) 保健師赴任までの経過

- ◆ 保健婦資格を得るまでの教育背景は年代によって多様であり、1～2ヶ月の保健婦講習後の検定試験後、保健婦免許取得(Bさん・Cさん・Gさん・Iさん)から5～6ヶ月の保健婦学校終了後の保健婦免許取得(Eさん・Fさん・Hさん・Jさん)、1年の保健婦学校終了後の保健婦免許取得(Aさん)と様々な教育背景となっていた。
- ◆ 戦後夫と子どもを亡くしたAさん(岩手県)は、はじめは、「養護教諭として無医村に来てくれないか」と請われての赴任だった。
- ◆ Cさん(静岡県)は、隣接する市の出身であり、村に赴任する前は都市部で看護婦として市役所の乳幼児健康相談所に勤務していた。活動村には、戦後未亡人となったBさんが「1年だけでも」と請われての赴任だった。
- ◆ Bさん(群馬県)は、同じ県内出身者

ではあるが、看護学生時代に「恵まれない農村のために」ということを聞きその気になり、知人や親戚の誘いもあって、出身地ではない村の国保保健婦として赴任した。

(2) 保健医療の知識・技術をもった人として、住民や役場内で一目置かれる

- ◆ Aさん(岩手県)は、「お医者さんだと思って何でも相談しなさい」と校長に学童の前で紹介され、赴任2日後から助産の依頼を受けた。助産の処置が適切であったことや虫歯の処置等様々な依頼を受け、「何でもやれる、役にたつ存在」としてあっという間に村の人たちと仲良しになった。
- ◆ Bさん(静岡県)は、村長や役場の職員たちにも一目置かれていた。当時は「様、様」の扱いだっただ。
- ◆ Eさん(群馬県)は、「保健婦は住民にとってなくてはならない大事な存在であり、期待され、頼りにされ、可愛いがられていた」。戦後、国保連合会がつぶれ、国民健康保険給付事業がなくなっても保健婦だけは置いてほしいという住民からの強い要望があり続した。

- (3) 保健婦専用の交通手段 Aさん(岩手県)は、ガソリン代は全額自己負担だったものの、昭和35年にバイクを支給された。Cさん(静岡県)は、昭和42年役場が保健婦専用の自動車を購入した。Eさん(群馬県)には、早い時期から保健婦活動用自転車は特別に配給されていた。
- ◆ FさんとGさん(いずれも岐阜県)も1960年に家庭訪問の効率化のため

「スクーター」が1人1台支給された。保健婦は全員免許を取るように指示され、免許所得の費用も出してもらえた。ガソリン代も役所が支払った。

2) 活動の特徴

(1) 昼夜を問わないよろず相談(生活相談全般)

- ◆ Aさん(岩手県)は、助産や応急手当、虫歯の処置等も随分行き、あらゆることをした。身の上相談を受けることも多かった。
- ◆ Cさん(静岡県)は、伝染病の消毒(衛生業務)から何から何まで、とにかく全部やった。「よろずや」という感じだった。夜中にお産で呼ばれて、翌日朝から勤務ということもしばしばであった。
- ◆ Dさん(静岡県)は、「よろず相談」が多かった。みんなが保健婦を知っていて、訪問に行くと近所の住民が寄ってきた。昭和40年代後半からは、精神衛生の仕事が入ってきて、土日も仕事をしていた。
- ◆ Dさん(島根県)は、相談内容は「何でも屋」だった。移動町民車で夜も働き、日曜出勤も多かった。また夜自宅で電話相談を受けたり、交番からも相談の電話が入った。
- ◆ Eさん(群馬県)は、朝5時か6時には仕事をはじめ、夜は7時、8時まで働き、土日もなかった。
- ◆ Jさん(愛媛)は1953年に赤痢が発生すると泊りがけでケアに対応にあたった。保健婦が一生懸命やっているとな自然に村の人が助けてくれたとい

う。

### 3) 保健活動の進め方における特徴

#### (1) 初期の活動—差し迫った健康課題への対応

～当時の住民の切実なニーズであった  
助産や簡単な医療的手当

- ◆ Aさん(岩手県)は、村に赴任して以来、助産やおできの切開、応急手当、指圧、虫歯の処置等村民から様々な依頼を受けた。
- ◆ Bさん(静岡県)の地域には開業医や助産婦が3人いたが、お産がかち合うと保健婦のBさんも呼ばれた。お産は夜に多く、夜にお産に向かうこともしばしばだった。
- ◆ Eさん(群馬県)は赴任当時、無医村だったため、夜も呼ばれて救急手当ををし、医師を呼ぶかどうかの判断を求められることもしばしばであり、朝まで付き添うことも多かった。また村内には助産婦がいたが、お産を介助する依頼も多かった。

#### (2) 全戸訪問による住民の健康課題把握

- ◆ Aさん(岩手県)は、組合長や班長に聞きながら開拓農家を全戸訪問し、どのような人がいて、どういう生活をしているかを把握しながら、家族単位の台帳をつくっていった。Aさんは、最初はとにかく廻ってみて、1件ずつ廻っているうちに、何が問題かがはっきりしてくるのだと語った。
- ◆ Bさん(静岡県)が、村内で訪問していないのは2件だけだった。道すがら住民から声をかけられることも多く、住民の状況はよくわかっていた。

- ◆ Gさん(岐阜県)は保健婦という職種の存在を村の人が誰も知らなかったもので、とにかく人と接するように努めた。訪問先でこたつに入って話をし、1日件ぐらい廻った。また、農繁期に寺で子どもの託児が行われており、一緒に子どもと遊んだりした。そうこうするうちに話し掛けてくれる住民が出てきた。

#### (3) 「保健指導」以前の生活課題

- ◆ Aさん(岩手県)によれば、開拓地の入植者の大半は年齢が若く、乳幼児のいる家庭が多かった。開拓民の生活は厳しく、乳児は農作業の間は、「エジコ」と呼ばれた籠に入れられたままで、授乳は朝・昼・晩の3回のみであった。Aさんは「せめて昼だけでもエジコから出して日光に当てて、授乳を」と言っただけでまわった。昭和38年頃からは、生活改善普及員に同行し、一緒に採卵鶏や山羊乳、秋刀魚の瓶詰め加工、布団作りなどの講習会を行った。
- ◆ Bさん(群馬県)によれば、昭和20年頃には、保健婦が訪問すると田んぼの畦道に乳児が寝かされたままになっており、乳児のおしりはぐっしょり濡れて真っ赤にただれていた。Eさんは校長先生や疎開していた妻たちの協力を得て、乳児の保育所を開設し、10人ほど預かった。
- ◆ Jさん(愛媛県)は赴任後、トラコーマの対応に追われた。毎朝、助産婦と学校に消毒に行き、親たちを教育した。2、3年は何のために保健婦の勉強をしかたと思った。徐々に人々の暮らしが楽になり、トラコーマの流行は落ち

着いていった。

#### (4) 個別的対応から組織的なアプローチへの変化

- ◆ Aさん(岩手県)、Cさん(静岡県)とも活動初期における個別的な対応を重ねつつ、その後、保健婦1人で対応するには限界だという結論にたどりつく。そこで着手されたのが、「訪問なら1日10件しか廻れないところに、一気にやれる」集団指導や初期の情報把握に基づいた組織活動育成であった。
- ◆ Cさん(静岡県)の地区では、婦人会や公民館活動が盛んに行われており、むしろ住民側からのアプローチから組織的な活動となっていた。
- ◆ Eさん(群馬県)は、婦人会の中心になっている人たちに毎月1回1年間研修し、「母推補導員」になってもらい、訪問時に近所の様子を伺い、活動に活かしていった。

#### (5) 住民にメリットが見えやすい生活改善、女性を中心とした組織活動

- ◆ Aさん(岩手県)は、購買部の機能をもった住民主体の婦人部を結成し、組織活動を展開していった。婦人部の立ち上げの際は、会議の持ち方から指導した。Aさんは横で助言しながら、住民(婦人)が議長をできるように働きかけた。購買部では1人100円を出資し資本とし、安く商品を卸してもらい、儲け分を婦人部の資金とした。それまで保健婦が配って歩いた Condom にも購買部に置いて貰った。貯金をして視察旅行にも出かけた。
- ◆ Cさん(静岡県)は、婦人会を結成し、夜に家族計画の集団指導を行った。集

団指導を行う際にはあらかじめ役場から通知を出し、嫁の立場の人たちが参加しやすいように配慮した。

- ◆ Dさん(静岡県)の地域では、リーダー的な存在だった住民から希望されて、近隣5~6件に呼ばれて保健婦が訪問して健診していた活動が、その後地域の婦人会全体で実施されるようになった。

#### (6) 人的・組織的資源の活用

- ◆ Aさん(岩手県)によれば、地域を廻るうちに、この地域ではこの人が中心になれそうだという人もわかってくるので、婦人部を立ち上げる際は、あらかじめこうした村のキーパーソン何人かに話しかけたり、男性の班長にも話しておいたのだと言う。「男の人たちがダメと言ったらだめ」だからである。
- ◆ Bさん(静岡県)は、村の男性が家族計画の集団指導に参加するよう、村長から働きかけてもらった。
- ◆ Dさん(島根県)は、1年間の衛生事業計画を立案するにあたっては、あらかじめ衛生統計を保健婦が準備した上で、保健所の所長や地元の開業医、学校教諭、住民の代表、地元の大学等のメンバーを集め、共同で計画を策定していた。また、小学校児童の栄養改善に向けて、児童全員の弁当の内容を調査し、その結果をもとに教育委員会にかけあい、給食を導入するきっかけを起こした。保健婦には学校教諭や保母、生活改善普及員などから常に情報提供があった。

#### (7) 地域外にある大学や研究者の活用

- ◆ A さん(岩手県)は、昭和 35 年から東京の大学病院の医師や学生の協力により夏季無料診療を行い、その調査結果をまとめて、議会へ提示し、移動保健所や助産所設置の要望を取り付けた。夏季無料診療は夏季セミナーとして大学側から村に持ちかけられたものであったが、A さんがモデル地区選定の際に、強く開拓地域での実施を希望し実現した。
- ◆ C さん(静岡県)の地域には、関東地方の大学による研究施設があり、大学から派遣された医師たちは非常に予防医学に熱心であったことから、保健婦たちとの協働で活動や研究が活発に行われた。
- ◆ D さん(島根県)は、地元の大学医学部公衆衛生学教室との連携のもとに、乳幼児健診や大学の夏休みを活用した住民の一斉成人病(当時)検診(昭和 37 年から)などを協働で行った。これは、当時実施されていた保健活動にはない先進的な試みであった。
- ◆ B さん(群馬県)の地域では、すでに昭和 19 年に関東の大学の医師や学生と一緒に寄生虫検査、結核検診、妊婦や乳児の健診、母親対象の社会学級を行っていた。

#### 4) 保健婦健婦活動の組織的なサポート体制

保健婦の現任教育の役割を担ったのは、県の保健所であった。どの地域でも定期的に研修会が行われ、勉強会や情報の交換が行われた。中央での研修内容が地方へと伝達される機会ともなった。研究発表という

形式も活発に活用された。また地域によっては保健婦自らの自主的な勉強会の開催も積極的に行われた。

##### (1) 現任教育

- ◆ A さん(岩手県)によれば開拓地の保健婦を対象とした県の農務部主催の講習会が年 2～3 回あった。
- ◆ E さん(愛知県)は職場内で勉強会を定期的に行っていた。1958 年からは事例検討会や 1 泊での研修会も開始された。
- ◆ B さん(群馬県)は自主的な研修会を毎月行っていた。
- ◆ C さん、D さん(ともに静岡県)によれば、保健所主催の保健婦研修会が定期的であり、勉強会や工夫していることなどの情報交換を行った。
- ◆ D さん(静岡県)の地域には関東の大学の研究施設があり、保健婦の仕事に理解を示し、サポートした。1965 年から 1980 年まで、月 1 回、医師、保健婦、看護婦とで定期的に勉強会と研究発表会を行っていた。

##### (2) 戦後の再教育

- ◆ 戦後は再教育のための研修会が多くなり、B さん(群馬県)は 4 日の宿泊研修も保障してもらっていた。
- ◆ 1948 年に公衆衛生院で保健婦の再教育が始まり、毎年岐阜県から 2 名ずつ参加した。1949 年からは岐阜県主催の再教育が行われ、保健婦部会の研修や保助看合同研修などが行われた。
- ◆ 岐阜県では 1952 年から年に 1 回保健婦の研究発表が行われ、訪問事例をまとめて発表したりした。その後

も保健所職員対象の研究会や保健婦対象の研究会が絶えず行われていた。

- ◆ 愛媛県でも県の保健所で毎月保健婦同士の情報交換が行われていた。同じ郡内にあった2つの保健所の合同研修は年3回ほど行われた。愛媛県では県庁の保健婦が中央（東京）に研修に出かける機会を頻繁に得て、保健所保健婦・国保保健婦理解の推進に貢献した。

#### D. 考察

我が国において初めて保健婦資格としての法的根拠を与えたのが、昭和16年の保健婦規則である。大正後半期より萌芽的な保健婦活動が生まれ、民間で養成が行われていたのだが、昭和12年の保健所法制定後、各地に多くの保健婦養成所が誕生した。初期の保健婦養成では、各養成所の入学資格も様々であり、教育年限・内容とともに大きな差があった。とくに看護婦や産婆の経験者へは概ね5日から長くて半年程度と短い養成期間に留まっていた。その後、保健師資格を得るための教育年限は、戦後の1948年の保健婦・看護婦・助産婦法により、3年間の看護教育に続く1年間の課程にと統一された。一方で旧制度下での資格既得者に対しても再教育（リフレッシュコース）が行われた。（表6参照）保健婦の資格や養成課程の統一や、積極的に行われた現任教育は保健婦の質を国家レベルで均一化し、各地での保健活動を発展させる基盤になった。今回のインタビューへの協力者の教育背景を見ると、戦前・戦後の保健婦養成課程の多様さを物語っている。

戦後、人材が非常に不足していた農村・

僻地において、保健婦は専門的な保健・医療の知識をもった、得がたい人材として重要視され、尊重されていた。自治体はその当時にしては保健婦への給与を優遇し、自転車やバイクなどの保健婦専用の交通手段を与えており、丁重な扱いをしていたところが多い。地域からの期待をうけ、保健婦たちは熱意をもって昼夜を問わず、生活相談全般に応えていった。結果としてではあるが、頼る人もなく、全責任を任されることで、個々の保健婦の自由な発想で住民の生活ニーズに沿った活動を実施できた側面もあったと考えられる。

保健婦活動は、最初は応急手当や助産といった緊急な保健課題への個別の対応から始まっている。当時の保健婦活動では、まずはコミュニティへ頻繁に足を運び、保健婦の存在を知らせること、保健婦自身が住民の生活を知ること、住民の信頼を得ることが共通して挙げられる。その後、個別の対応から培った経験や信頼を元に、組織的な活動に変化していくのであるが、組織的な活動のきっかけとなったのは多様な住民の生活改善に向けた働きかけや工夫、そして女性を中心とした組織化活動であった。保健婦たちは住民の目に見える形で生活改善や保健活動を推進していった。

保健婦たちは、個別のかかわりや保健活動推進を通してコミュニティ内の人的・組織的な資源をよく把握していた。地域を廻る中で、中心になってくれそうな人材を見つけ、根回しをする。そしてその範囲は地域内の学校の教諭や保母、助産婦、開業医、生活改善普及員、母親たち、男性の地域のリーダーたちなど、大変広がった。また、コミュニティ外からの資源も積極的に取り

入れた。地元や東京などの大学の研究者や学生などを巻き込み、保健活動の起爆剤として活用していた例が多く見られた。

こうした保健婦活動を支える組織的な支援として、特筆すべきなのは、保健所の役割である。概ね、どの地域でも定期的に保健所で研修会が行われ、別の地域で働く保健婦たちの勉強会や情報交換のよき機会となった。保健婦の活動の研究発表という形式も活発に活用されている。中央での研修内容についてもその地域の代表が受け、徐々に地方での研修会で伝達された。情報の伝達システムとしては非常にすぐれたものがあつたと言ってよいだろう。また、地域によっては、上から決められたものではなく、保健婦自らが自主的に集まり勉強会を開く取り組みも積極的に行われた。

現在の発展途上国が抱える課題は、戦後日本のかかえていた状況より更に複雑で多様になっている。しかし、我が国における戦後の保健婦活動の経験から、フロントラインレベルでの保健医療従事者の役割や機能を強化する上で、学ぶべき内容があると考えられる。

まず、第一に、フロントラインレベルでの保健医療従事者の活動を可能ならしめるために、フロントラインでの専門職種としての尊厳が保たれるある程度の生活保障や活動の手段の確保が必要だということである。こうした条件整備は貴重な人材が継続して地域に根を下ろした活動を行うために不可欠である。

次に、フロントラインレベルの保健医療従事者が求められる役割と方法論として、住民の幅広い生活上の相談に応じながらも、単に個別の保健・医療対応を行うに留まら

ず、住民、生活課題・健康課題を包括的に捉え、組織的な活動を促進する、その活動範囲やアプローチの幅の広さがある。扱う課題や活動の幅の広さゆえに、地域内や地域外から徹底した人的・組織的資源の活用や協働を行うことも特徴的なものとなっている。

最後に、時には1人で農村僻地で活動を行う必要のある保健婦たちを支えていた、保健所を中心とする情報伝達や現任教育のシステムの重要さもあげられよう。日頃、独立して活動を行う保健婦たちに必要な情報を提供したり、各自の工夫を共有する機会が積極的に位置付けられ、その蓄積が保健婦活動の全体の質を均一なものにしていたとあってよいだろう。

その後、日本における保健婦の活動は、大きな生活環境の変化がもたらす新たな健康課題の取組みに向けて、大きな転換を迫られる時期を迎えることになるのであるが、我々のどの段階での経験が現在の発展途上国における健康課題達成に向けてどのように役立つのか、更に検討を加えていく必要があるだろう。

## F. 健康危険情報

該当せず

## G. 研究発表

### 1) 論文発表

なし

### 2) 学会発表

- 1) 坂本真理子、若杉里実、水谷聖子、小塩泰代、錦織正子：戦後保健婦の経験を発展途上国に活用するための方策に関する研究（その1）一文献検討を通じて、日本地域看護学会第7回学術集会、2004

年6月.

2) 若杉里実、坂本真理子、小塩泰代、水谷聖子、錦織正子：戦後保健婦の経験を発展途上国に活用するための方策に関する研究（その2）—インタビュー調査を通じて。日本地域看護学会第7回学術集会、2004年6月.

3) Public Health Nurses' Experiences and Involvement in Cooperative Community Activities in Post WWII Japan : Mariko Sakamoto, Satomi Wakasugi, Seiko Mizutani and Masako Nishigori. The 3rd International Conference on Community Health Nursing Research , Sep 2005

(発表予定)

H. 知的財産権に出願・登録状況  
とくになし

表1 日本における乳児死亡率・出生率の年次推移

年	乳児死亡率	出生率/1000
1950	60.1	28.1
1955	39.8	19.4
1960	30.7	17.2
1965	18.5	18.6
1970	13.1	18.8
1975	10.1	17.1

表2 地域別乳児死亡率の年次推移

地域(県)	1950	1955	1960	1965	1970	1975
岩手	89.9	64.7	48.3	28.5	18.3	13.2
群馬	54.6	38.4	32.2	21.1	14.2	11.7
静岡	57.5	37.0	26.6	15.7	11.6	9.3
愛知	59.3	39.8	26.7	16.0	12.2	9.2
岐阜	60.2	42.3	32.1	20.9	16.3	10.8
島根	63.9	41.2	35.1	22.8	14.1	10.6
愛媛	57.3	41.0	33.3	19.7	14.5	10.7

出生千対

表3 協力者の概要

	活動地域(県)	フィールドタイプ	看護職としての経験	保健婦としての教育背景	調査時年齢
A	岩手	山間僻地	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 養護教諭、病院看護婦</li> <li>● 開拓保健婦</li> <li>● 県保健婦</li> </ul>	看護婦、助産婦資格、1年間の保健婦学校(公費で派遣)(1962)	86
B	群馬	農村地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 村保健婦</li> </ul>	高等女学校後、2ヶ月の農村保健婦要請後保健婦の検定試験(1942)	83
C	静岡	農村地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院看護婦</li> <li>● 農協保健婦</li> <li>● 村保健婦</li> </ul>	看護婦養成所、助産婦免許後、1ヶ月の研修後保健婦の検定試験(1944)	84
D	静岡	山岳地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院看護婦</li> <li>● 診療所看護婦</li> <li>● 町保健婦</li> </ul>	助産婦養成所、再教育後甲種看護婦国家試験、1年間の保健婦学校における保健婦教育(1963)	82
E	愛知	農村地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 県保健所保健婦</li> </ul>	2年間の助産婦学校後、5ヶ月の教育で保健婦免許取得(1950)	73
F	岐阜	農村地域、郊外	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 開業助産婦</li> <li>● 町保健婦</li> </ul>	2年間の看護婦教育、1年の産婆講習所での修業後	83

				産婆検定試験に合格、5ヶ月の保健婦講習と1ヶ月の臨地訓練にて保健婦資格を取得 (1950)	
G	岐阜	農村地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院看護婦、助産婦</li> <li>● 駐在保健婦(村)</li> <li>● 保健婦養成所</li> <li>● 県保健所保健婦</li> <li>● 町保健婦</li> </ul>	看護婦経験後、3週間の保健婦講習後に検定試験 (1942)	81
H	島根	農村地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 県保健所保健婦</li> <li>● 町保健婦</li> </ul>	高等女学校後、3年間の看護婦・助産婦養成所、6ヶ月の保健婦学校(1944)	84
I	愛媛	農村地域、町	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院看護婦</li> <li>● 町保健婦</li> <li>● 県保健所保健婦</li> </ul>	4年間の看護教育、1ヶ月の講習後、検定試験(1948)、3ヶ月の実習後免許申請	81
J	愛媛	農村地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 産業看護婦</li> <li>● 町保健婦</li> </ul>	2年間の看護教育、戦後半 年の研修後国家試験(1950)	75

表5 保健婦が取り組んだ生活改善例

家計	お金の借り方・返し方の指導、生活金融の改善(卵貯金の励行など)、物品の共同購入、婦人による小家畜導入資金
食生活改善	蛋白源、脂肪源としての家畜飼育の勧奨、農繁期のための保存食づくり、共同炊事、給食
環境衛生	トイレ、井戸、床下の清掃等
衛生習慣	ドラム缶風呂の設置、水道設備の陳情、安全な水の検査、布団干し、布団づくり
保育	夫・姑の教育、山羊乳の奨励、農繁期の保育、レクリエーション
家族計画	夫・姑の教育、夜間や雨天時の家族計画学習会

表6 保健婦教育の変遷

時期・身分制度等の変遷	教育体制の変遷
大正後期 萌芽的な保健婦活動	<p>【先駆的な保健婦事業での養成例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 産婆または看護婦に1週間から約1ヶ月の短期教育</li> </ul> <p>【近代保健婦事業での養成例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 産婆、看護婦の知識があり、育児にある程度の教養</li> <li>・ 女子大卒者に病院での1ヶ月看護講習し主任保健婦に</li> <li>・ 高等女学校卒あるいは看護婦+1ヶ年の養成講座</li> </ul>

	等、対象、養成期間は様々
昭和 12 年 (1937) 保健所法制定 全国各地に保健婦養成所が誕生	<ul style="list-style-type: none"> <li>各養成校の入学資格は様々、教育内容にも差があった。人材育成が急がれ、各地の女子教育の実情に合わせて適格者を選んで教育した。</li> </ul> <b>【免許制度】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護婦免許を取得していたすでに公衆衛生活動をしていたものに免許、指定学校養成所卒業および検定試験合格者で3ヶ月の保健所臨地訓練を終了したものの、5ヶ月養成修了者で検定試験に合格したものに免許</li> </ul>
昭和 16 年 (1941) はじめての身分法である保健婦規則により名称が一本化 私立保健婦講習所規則	<b>【対象と養成期間】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>昭和 19 年 (1944) : 高等女学校卒に対し、保健婦養成所は 1.5 年、産婆は 10 ヶ月、看護婦は 6 ヶ月の教育期間+臨地実習 3 ヶ月</li> <li>昭和 20 年 (1945) : 高等女学校卒に対し、保健婦養成所は 2 年または 3 年、産婆は 1 年半、看護婦は 1 年の教育期間、臨地実習は 3 ヶ月、病院実習・産院実習各 1 ヶ月</li> </ul>
昭和 17 年 (1942) 各県で検定試験が実施。	<b>【養成期間の変化】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>保助看法にて保健婦教育課程は 3 年間の看護教育に続く 1 年間の過程に</li> <li>昭和 21 年 (1946) : 旧制度の下での既資格者への再教育 (リフレッシュコース) + 頻回の研修会</li> <li>昭和 24 年 (1949) : 看護婦+1 年以上、臨地実習 3 ヶ月うち保健所は 2 ヶ月</li> <li>昭和 26 年 (1951) : 看護婦+6 ヶ月以上の教育課程</li> </ul>
終戦後、保健婦養成所は廃校あるいは県に移管されて再発足 昭和 23 年 (1948) 保健婦助産婦看護婦法 昭和 24 年 (1949) 保健婦検定試験の受験資格 昭和 26 年 (1951) 保助看法の改正による教育期間の短縮 昭和 30 年から 50 年 (1955-1975)	<ul style="list-style-type: none"> <li>教育内容の充実強化に向けた様々な取り組み (養護教諭、助産婦合同課程)</li> </ul>
昭和 46 年 (1971)	<b>【カリキュラムの改正】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>6 ヶ月以上の教育課程、実習 180 時間</li> <li>科目の体系化、学習指導要領の作成</li> </ul>
平成元年 (1989)	<b>【カリキュラムの改正】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>6 ヶ月以上の教育課程、実習 180 時間</li> <li>社会の変化により看護職に求められる能力・役割の拡大により指定基準を見直し</li> </ul>
平成 8 年 (1996) 看護大学の急増	<b>【保健婦教育機関の変化】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>大学の急増 : 昭和 27 年 (1952) に初めての看護大学である高知女子大設立、その後 50 年代までは 6 校だった。</li> <li>6 ヶ月以上の教育課程、実習 3 単位</li> <li>看護の基礎教育に科学的思考を基盤とした実践力、広い視野と見識、幅広い教養と豊かな人間性の育成</li> <li>都道府県立の養成所主流の時代から大学、1 年課程の短大専攻科、専修学校、統合カリキュラムの専修学校など多様な教育形態へ</li> </ul>

厚生労働科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）  
分担研究報告書

途上国保健医療システムにおける日本の経験の応用可能性に関する研究

分担研究者 吉良（藤崎） 智子 Health and Development Service (HANDS)事務局長

研究要旨

本分担研究の目的は、わが国における戦後の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に活用するための応用可能性を検討し、途上国保健医療システムの強化につながる実践的な方策を提言することにある。本年度は、「第4回国際母子健康手帳シンポジウム」に参加した各国の保健医療関係者に open-ended interview を行い、戦後の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に活用する方策について検討した。母子健康手帳という一つのツールを使い、核となる内容やコンセプトは各国共通であった。しかし、母子健康手帳の目的、費用負担（無料あるいは有料）、配布方法や配布場所、手帳の大きさや重さ、などは、それぞれの国で工夫されていた。日本の母子健康手帳からヒントを得たというコメントは多く聞かれたが、実は、各国の母子保健専門家たちは換骨奪胎して、全く新しい母子健康手帳を作っているのである。

A. 研究目的

本分担研究の目的は、わが国における戦後の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に活用するための応用可能性を検討し、ひいては途上国保健医療システムの強化につながる実践的な方策を提言することにある。

B. 研究方法

2004年12月11日から13日まで、「第4回国際母子健康手帳シンポジウム」がタイ国バンコクにあるマヒドン大学サラヤキャンパスの ASEAN Institute for Health Development (AIHD) において開催された。このシンポジウムでは、10カ国（バン

グラデシュ、ブータン、インドネシア、ラオス、フィリピン、韓国、米国、ベトナム、日本、タイ）からの発表があり、参加者はユニセフなどの国際機関、国際協力機構、各国の保健省や母子保健関係者、大学や研究機関の研究者など150名近くにのぼった。内容は各国の母子健康手帳への取り組みの発表に続き、財政と地方分権化、内容と利用法、調査と評価の3つのテーマに分かれたワークショップにおいて、活発な議論が行われた。

本年度は、「第4回国際母子健康手帳シンポジウム」に参加した各国の保健医療関係者に open-ended interview を行い、戦後の健康水準の改善経験を途上国保健医療シ