

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）
2004 年度分担研究報告書

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され、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。
- ◆ 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継続した。

(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時には仕事を始め、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て

- ◆ 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
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
ってまわった。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った。
- ◆ 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る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は再教育（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いつてよいだろう。

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 WW-II 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"> ● 養護教諭、病院看護婦 ● 開拓保健婦 ● 県保健婦 	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"> ● 村保健婦 	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"> ● 病院看護婦 ● 農協保健婦 ● 村保健婦 	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"> ● 病院看護婦 ● 診療所看護婦 ● 町保健婦 	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"> ● 県保健所保健婦 	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"> ● 開業助産婦 ● 町保健婦 	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"> ● 病院看護婦、助産婦 ● 駐在保健婦(村) ● 保健婦養成所 ● 県保健所保健婦 ● 町保健婦 	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"> ● 県保健所保健婦 ● 町保健婦 	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"> ● 病院看護婦 ● 町保健婦 ● 県保健所保健婦 	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"> ● 産業看護婦 ● 町保健婦 	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"> ・ 産婆または看護婦に1週間から約1ヶ月の短期教育 <p>【近代保健婦事業での養成例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 産婆、看護婦の知識があり、育児にある程度の教養 ・ 女子大卒者に病院での1ヶ月看護講習し主任保健婦に ・ 高等女学校卒あるいは看護婦+1ケ年の養成講座

	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 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 【免許制度】 <ul style="list-style-type: none"> 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
昭和 17 年 (1942) 各県で検定試験が実施。	【対象と養成期間】 <ul style="list-style-type: none"> 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 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
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) 呆助看法の改正による教育期間の豆縮 昭和 30 年から 50 年 (1955-1975)	【養成期間の変化】 <ul style="list-style-type: none"> 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 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 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 昭和 26 年 (1951) : 看護婦 + 6 ヶ月以上の教育課程 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)
昭和 46 年 (1971)	【カリキュラムの改正】 <ul style="list-style-type: none"> 6 ヶ月以上の教育課程、実習 180 時間 科目の体系化、学習指導要領の作成
平成元年 (1989)	【カリキュラムの改正】 <ul style="list-style-type: none"> 6 ヶ月以上の教育課程、実習 180 時間 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
平成 8 年 (1996) 看護大学の急増	【保健婦教育機関の変化】 <ul style="list-style-type: none"> 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。 6 ヶ月以上の教育課程、実習 3 単位 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 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

2004年度分担研究報告書

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ステム強化に活用する方策について検討した。

（倫理面への配慮）今回は、本研究の趣旨を説明し理解した上でインタビューを行ったので、まったく問題はなかった。

C. 研究結果

1) 参加国では日本の母子健康手帳がモデルとなっており、その魅力と利点が以下の3点にまとめられる。①今までばらばらの

カードになっていた妊婦用、乳幼児用の記録カードや健康教育教材が一冊にまとまることによる利便性と経済性、②home-basedの記録と情報源として、母親や家族への知識や意識の向上に寄与する効果、③母子保健サービスの質を改善するため（健康教育教材として、ミニマムサービススタンダードとしてなど）

母子健康手帳の特徴と核となるコンセプトを共有しながら、それぞれの国でその利用に工夫されていることも非常に興味深い。

2) 財政と地方分権化について

地方分権化と保健予算削減の中、母子健康手帳の予算確保は最も大きな関心事の一つである。各国での経験と取り組みから、財源確保のための以下のような取り組みが提案された。①コストシェアリング・ユーザーフィーシステム（受益者負担システム）、②アンブレラ・システム、③ソーシャル・マーケティングの実施、④政府の努力、⑤ドナーとの協力、⑥関連プロジェクトとの連携、⑦母子手帳継続の政策的アプローチ

また、地方分権化と中央・地方政府の役割については、フィリピンのように、保健を含む社会保障分野で地方分権化が急速に始まっているが地方のキャパシティが追いついていない国や、ラオスのように、保健分野や学校はまだ国の統括で分権化していない地域があり、その役割は多様であるが、財政も力も足りない中で母子手帳プログラムに必要な全てのステップを地方政府に委ねるのには無理があると言えよう。従って、中央政府では一つの政策を打ちたて、その実施は地方政府が担うという方法が望ましい。具体的な分業体制としては、中央政府

において内容の開発・改定、プレテスト、印刷、TOT(Training of Trainer)を実施し、地方政府が、フロントライン・ワーカーへの研修、印刷・配布、そしてモニタリング・評価を実施することなどが提案された。

D. 考察

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。

E. 結論

日本の保健医療のなかに存在するもののうち、「古いものをまねながら、自分なりの新しい工夫を加え、新しいものを作り出す」という意味での換骨奪胎が可能なツールが、途上国で応用可能であろうと考えられた。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権に出願・登録状況

該当せず

IV. 資料

資料 1.

Tuberculosis Control in Japan before 1980s

- Historical overview and its applicability to developing countries -

Nobukatsu Ishikawa, MD, MSc, PhD

Keiko Osaki, MPH

Introduction

Tuberculosis (hereafter TB) epidemic in Japan started rather late in the history of TB epidemic in the world. TB was already highly epidemic in many industrially developed cities in the late 18th or 19th century following their rapid industrial development. However these peaks started declining before 20th century probably due to the improvement of social conditions and the selection of the susceptible. The Japan's TB epidemic started in the late 19th century after the country opened the door to western countries and modern industrialization started in the beginning of 20th century.

Since the beginning of the 20th century, Japan underwent a huge high epidemic of TB. The TB mortality maintained the top cause of deaths as high as over 200 per 100,000. At this time, most European countries had already declining trends. Since the end of the World War 2, particularly after the effective TB chemotherapy became available in 1950s, TB mortality started declining dramatically in many developed countries. But Japan, then a developing country has experienced the most rapid large-scale reduction in TB in the world. Why it happened in Japan? What lessons were learned from experiences of Japanese case? We discuss whether, how much or in what way those lessons can be applicable to the current situations in developing countries.

History of TB control in Japan

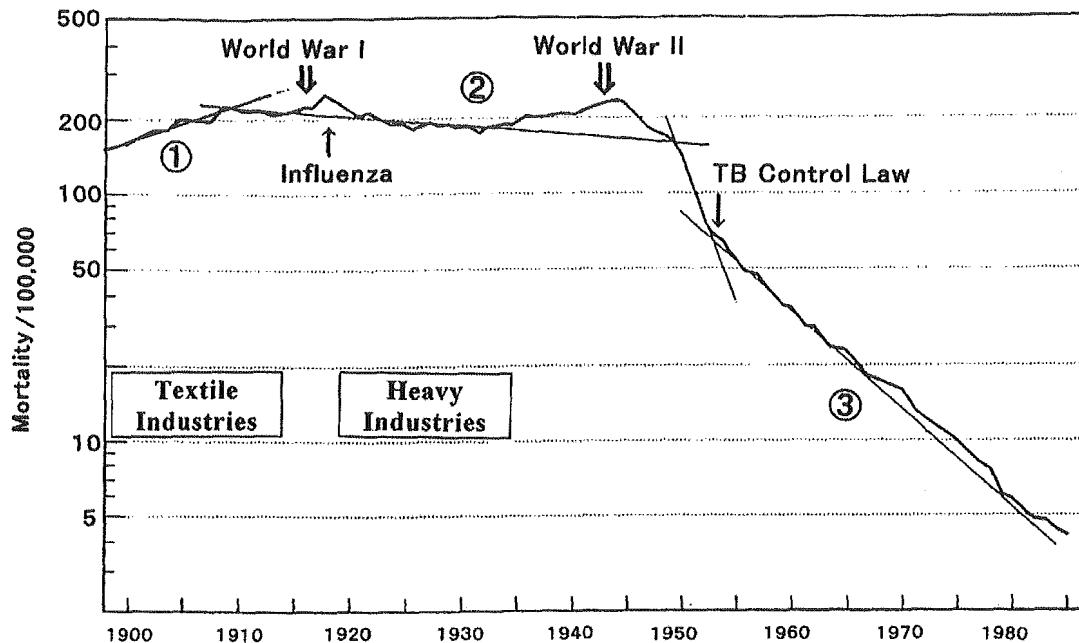
When we look at the overall trends of mortality by major diseases in Japan, we can see the sharp declines of the mortality by the infectious diseases including TB, gastroenteritis and pneumonia/bronchitis after the World War 2. These declines were

first due to the improvement of general social conditions or standard of living. But the TB decline was thought to be possible through strengthened TB program and the public health development of the country. At the same time this endeavor for TB control made a basis for public health system as well.

When we look at the trend of TB mortality in Japan, some major transitions can be observed with 3 phases. TB spread all over Japan along side industrial and urban development (phase 1, Fig 1-①). After it reached the peak around 1910, it started a slow decline though the trend looked reversed occasionally due to the wars or influenza epidemic. The mortality had been over or around 200 per 100,000 population until the end of the World War 2 (phase 2, Fig.1-②). After the end of the World War 2, TB mortality dramatically decreased. It was 52 in 1955 (after 10 years) and 23 in 1965 (after 20 years). TB mortality decreased one-tenth within 20 years. This large-scale rapid reduction in a short period has never been experienced in any other countries.

Fig.1

Major Transitions of TB Mortality in Japan , 1900 – 1985



(Mori modified)

When we look at these 3 phases until the end of the World War 2, of both phase 1 and 2, no specific measures were available except rest, nutrition or natural healing; and artificial pneumothorax, surgical resection with thoracoplasty and so on. Case notification was made obligatory under the TB control law mainly for surveillance purpose. However during these phases, various public health measures and activities were taken by the government such as Cattle TB Prevention Law (1901), TB Prevention Act (1904), TB Control Law (1919), establishment of Ministry of Health and Welfare (MOHW; 1938) with TB as their major task making independent from the Ministry of Interior for disease prevention. Public Health Centers were made as primary health care centers with public health nurses who served as major task forces. At the same time non-government organizations such as academic society for TB or Anti-TB Association were established. The former is the professional society. The latter was founded by the initiatives of the MOHW because they believed TB could not be controlled only by the government but needed nationwide movement led by non-government body.

In the 3rd phase (Fig 1-③) , TB control law was revised (1951) and reinforced with more modern technologies such as effective chemotherapy, and public assistance

system as well. A little earlier, social security law was enacted for the socially underprivileged. So practically TB services were becoming available much widely and less costly to the people. Nationwide TB prevalence survey was first conducted in 1953 by the ministry of health and it revealed TB as the top priority disease. So the government allocated nearly 30% of the total health budget to TB control program. This was a good case to show that government had to take a stronger action based on an epidemiological assessment. Since then, the national survey was conducted every 5 year until recent surveillance system is established. One of other achievements in public health related TB is 100% coverage by health insurance, which has enabled TB services more available to everyone.

Table 1. History of TB control in Japan

Phase	Period	TB phase	Anti TB Measures	Policy/Public Health Establishment
①	1910	country wide spreading	<ul style="list-style-type: none"> • Rest • Nutrition • Natural healing 	<ul style="list-style-type: none"> • Animal TB prevention Act (1901) • TB Prevention Act (1904)
②	1910-1948	High prevalence with slow decline	<ul style="list-style-type: none"> • Artificial pneumothorax • Surgical resection/thoracoplasty • Case notification 	<ul style="list-style-type: none"> • TB Prevention Law (1919) • Academic Society for TB (1922) • Public Health Center (1937) • Ministry of Health & Welfare (1938) • Japan Anti-TB Association (1939) • Public Health Nurses (1941) • Social Security Law (1946) • National TB Sanatorium, Labor Law (1947)
③	1948-1980	Rapid decline to lower prevalence	<ul style="list-style-type: none"> • Modern TB Measures (Anti TB Drugs, MMR, BCG) • Public Assistance for TB treatment 	<ul style="list-style-type: none"> • TB Prevention Law (revised, 1951) • National Prevalence Surveys (1953, 1958, 1963, 1968) • Women's Anti TB Society (1963)
④	1980-	Low prevalence with slow decline	<ul style="list-style-type: none"> • Short-Course Chemotherapy • Anti TB Drugs as preventive measures • Case management for high risk groups 	<ul style="list-style-type: none"> • TB prevention Law (revised,) • National Medical Standard (revised) • National Standard for TB diagnosis (revised according to international standards) • TB as an Emergency issue at National Public Health Committee

As mentioned earlier, when the effective chemotherapy became available in 1950s, Japan, then a developing country has experienced the most rapid large-scale reduction in TB in the world. Japanese experiences would be beneficial to current

developing countries, which are now fighting with high endemic of tuberculosis. However, from technical point of view, we can observe many differences between the Japanese way and WHO way, which has been introduced to developing countries (Table 2). These differences make it difficult to introduce Japanese experiences to developing countries. Therefore to draw effective lessons for developing countries from Japanese experiences, it would be needed to analyze Japanese experiences from wider aspects.

Table 2. Comparison of technical strategies of TB program between Japan and developing countries.

	Japan (until 1980s)	Developing countries recommended by WHO
Case finding	<ul style="list-style-type: none"> • MMR (Mass screening by X-ray) • Symptom • Diagnosis based on X-ray than sputum smear examination 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptom • Diagnosis based on sputum smear examination
Treatment	<ul style="list-style-type: none"> • Institution base treatment with long and forced hospitalization • Follow up by X-ray • Treatment at public and private medical institutions • Case management by public health center 	<ul style="list-style-type: none"> • Outpatient base treatment with directory observed dispensary • Follow up by smear examination • Treatment and case management by health center
Prevention (BCG)	<ul style="list-style-type: none"> • Multiple puncture after tuberculin test 	<ul style="list-style-type: none"> • Injection as a part of EPI

Causes and measures for the decline

Possible causes for the decline of TB in Japan can be summarized: 1) overall improvement of social conditions, 2) increased herd immunity, or selection of the susceptible due to past TB epidemics, 3) government strong commitment to TB program, in terms of the law formation and budget allocation, 4) development of health infrastructure such as health institutions, health center network and staff capacity, 5) successful public mobilization and education. To have clearer design of possible measures, let us discuss more about 3), 4), and 5).

Government commitment

The strong commitment of the government formed solid basis for nationwide control. The TB control law revised in 1951 had some characteristics of modern public health. a) The coverage is nationwide: and it has defined the responsibilities of national and local government, b) public 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, advocators, 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