

# 看護は病院に限られるものではない

——「看護婦需給計画について」のコメント——

西 三 郎

## I は じ め に

社会保障長期計画懇談会は、昭和 49 年 2 月「看護婦需給計画について」を発表した。これについてのコメントを求められたので報告しよう。コメントは、いろいろな角度から行うことが望ましいが、ここでは、社会保障長期計画懇談会が、経済社会基本計画を受けてつくられたものであることより、経済社会基本計画に盛られた内容との対比を中心としてコメントを加えてみよう。なおその前に、ヘルスマンパワー計画の動向を簡単にふれてみる。

## II ヘルスマンパワー計画

ヘルスマンパワー問題について、国際的に最近急速にその関心が高まり、1970 年、WHO で「ヘルスマンパワーにおける研究の開発」についてのセミナーが開催され、その後いくつかの地域事務局でも同様の討議がもたれている。このことは、各国において社会経済開発が進行していくなかで、保健医療分野における需要が急速に高まってきたためといえよう。当初は、医師不足という形で表面にあらわれ、医師不足対策が中心であったものが、しだいに医師以外の保健医療に従事する各種専門職種についての需給計画へと拡大されてきている。すなわち、保健医療分野の需要の高まりが、たんに量の増大のみならず質的变化を含んでいるところから、それに対応する供給も後述するように多様化がせまられ、医療分野での中心的な役割を果たす医師について、たんに不足を補うのみならず、医学的教育内容の改革を含む、新しい医師像への期待がもたれていた。その内容の一つとして、従来の分析的面での専門医への分化の方向に対し、

より社会性を加味した一般医の養成の重要性が認められ、医科大学に新しい教室 (department) として一般医教室、community medicine 教室等が設けられている。また医師の機能の簡単な分野を引受ける新しい職種として、medical assistant, physician's assistant physician-associate などと呼ばれる短大または大学卒レベルの職種とさらに surgical technical aide, obstetrical aide, pediatric aide, および community health aide などの助手がみられる。これらは直接医師の業務と考えられたもののうち簡単なものを引受ける人たちである。これとは別に、医療自体が複雑にまた対象が拡大されたため、それに応じた新しい職種が数多く登場し、わが国でも、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師、視能訓練士がすでに制度化されている。このことは、古くは、医師および看護婦を中心とした医療の守備範囲のみでは、新しい多様化された需要に答えられないことを意味している。

ヘルスマンパワー計画は、各国により、それぞれその重点を異にしているのは、それぞれの国の保健医療の制度のみならず、需要の構造の違いによるものといえる。たとえば WHO で多くの関心がみられる medical assistant は、発展途上国は、広範な地域で、新しく医療需要の芽生えがみられるときに、まず第一線の診療担当者を急速に養成することなどが期待されている。また一方ではアメリカなどにおける同種の職種に対する興味は、養成費用の高い医師に対して、その簡単な業務を、安い養成費用の新しい職種に分担させることにより、急増する医療需要および医療費上昇をやわらげることなどが期待されたためといえる。共通していえることは、ヘルスマンパワー計画の中心は、現在でも医師計画が中心であり、それら

医師の機能をいかに向上させるかに着目されている面が多い。しかし、重要なことは、医師の教育にもふれたように、医療における社会的側面の重視に加えて、さらに病院中心のケアから、在宅ケアを含む施設外での各種のケアと多様化された供給とその有機的な連携、いわゆる医療システムを前提とすることが、ヘルスマンパワー計画に織り込まれてきつつあるといえる。

ヘルスマンパワー計画の生じた背景をまとめると次のようにいえる。量および質にわたる医療需要の高まりのなかで、社会開発のもと、限られた資源の有効利用により、国民の福祉の向上をめざした医療システムの構想がつけられた。この医療システムの重要な構成要素である保健医療従事者について、新しい専門職種の登場を含め、ヘルスマンパワーの概念を規定し、そのヘルスマンパワーを計画的に将来需給を図るため、ヘルスマンパワー計画の策定の必要が生じた。このことは、わが国においても、大綱としてあてはまるが、その細部において、いくつかの後進性が認められている。厚生省では昭和43年「医師の長期需給計画策定に関する研究」の報告を発表し、医科大学新設の必要等の根拠を述べている。また最近では昭和47年度から「ヘルスマンパワーの開発と将来需給に関する研究」を開始している。その他、「看護制度の改善に関する報告」を昭和48年10月に発表などがある。しかし、その多くが医療の将来展望をふまえたとは必ずしもいえないのではなかろうか。今回の看護婦需給計画においてもまたしかりといえよう。すなわち、現在も病院を中心とした医療のなかで、医師不足が常勤医師から非常勤医師、さらに看護婦へとその役割を肩代りしてきている現状から、その脱出にのみ目を奪われ、将来の医療の発展についての見通しのもとにヘルスマンパワー計画の一環としての看護婦需給計画というにはあまりにもその内容が乏しい。

手もとにあるオーストラリアの計画(Expansion of medical education, Report of the Committee on Medical Schools to the Australian Universities Commission 1973)をみると、医師の急増をすすめるとともに、看護婦の技能分化を図っている。

いわゆる僻地には、bush nurse と呼ばれる看護婦が doctor's assistant として従来の看護婦の責任に含まれていない医療行為を行うため、一般医学を勉強することになっている。また救急におけるふるいわけができるよう訓練を受けた看護婦、その他専門看護婦として、地区看護婦、母性看護婦、精神看護婦等があり、その養成が行われている。そのため、従来の看護教育を大学教育として2年に短縮し、その直後またはその他の機会に、これら病院外で働く看護婦教育を計画している。これは、人口密度が粗で、広大な地域をかかえていて、国民保健事業という国費医療を実施するため、それも短期的に医療供給を確保しようという条件にもよるためと思われる。このように大胆に病院外での看護婦の働く場を用意し、この新しい医療システム計画と、ヘルスマンパワー計画とを結びつけている。

このようにオーストラリアのごとく大胆な看護婦の分化を含んではいなくとも、すでに多くの先進諸国では、看護婦が病院外で、各種の施設で働くばかりか、在宅ケアに従事し、それを前提とした看護婦計画をたてている。このように、新しい将来の医療への展開の前提があって、初めて新しいヘルスマンパワー計画の意義が見出されるのではなかろうか。

### III 経済社会基本計画における看護

経済社会基本計画には、ヘルスマンパワーの養成確保の項に看護婦についてふれている。すなわち、看護婦の養成施設を整備し、その養成確保につとめる。保健サービスの分野では、いわゆる潜在看護婦をパートタイムで活用するなどにより、マンパワー需要の急増に応えたと明示されている。なお、特定の職種名が記載されてはいないが、勤労条件など職場環境の整備につとめるとともに、給与の引上げをはかると記されている。これらは看護婦について需給計画の一般的な基本的事項を記したにすぎない。しかし、この前提条件が、その前の医療・公衆衛生部門の項の③に示されている。すなわち、医療需要の多様化に対応する分野で、供給不足が著しいのは、高度の医療技術を必

要とする分野、長期慢性の医療・訓練を必要とする分野、在宅ケア必要とする分野の三つをあげている。さらに、最後の在宅ケアについては、保健婦活動などを中心とする保健サービス等在宅ケアの充実と記してある。これは、看護について具体的な内容を記載したものといえる。このことは、ヘルスマンパワーの項の看護婦の養成確保が、たんに病院看護のためにのみでないことは明らかであり、さらに、保健サービスの分野での潜在看護婦のパートタイムとしての活用は明らかに在宅ケアのためといえる。このように経済社会基本計画に公表されている、医療の機能の多様化に応じ、高等医療の病院、一般病院、いわゆる中間施設、在宅ケアの充実と各施設間連携のもとで、看護婦があらゆる分野で働くための養成を前提として、看護婦需給計画を立案することが、社会保障長期計画懇談会の役割ではなかろうか。

しかしながら、今回発表された看護婦需給計画の内容は、従来からわが国が当面している今日の課題にとらわれた近視眼的な計画へと大幅に後退をし、看護が病院または施設内看護にのみ業務を限った感をもたせている。このことは、経済社会基本計画の理念を無視したものといえるのではなかろうか。なお社会保障長期計画懇談会が9月26日公表した審議状況についての内容において、

保健医療供給体制の項の現状と問題点に、社会福祉施設の絶対的不足、医療施設と社会福祉施設の機能的連携の不十分さ、在宅サービスの不備などが、現在の問題点をもたらした原因の一つとしてあげられていた。また保健医療供給体制整備の基本的考え方において、システムの観点の重視、目標の質的視点において、地域保健計画をビルトインし、コミュニティ・ケア、在宅ケアなどの面で、社会福祉サービスとの連携につとめるなど、大略経済社会基本計画の線を継承しているようにみられた。しかし、ヘルスマンパワーの看護婦などにおいては、看護婦の働く場についての記載がなく、従来の看護婦が主として働いている場を中心として、将来の不足についてのみ記されている。このことは、コミュニティ・ケア、在宅ケアについての理解が、そこで具体的な看護を期待したものではなく、ケアについて意味しているものが、明らかにされていない。このことは、経済社会基本計画にもみられた多くの分野での看護への期待、すなわち、多くの先進諸国にみられた方向の芽を摘取ってしまったともいえるのではなかろうか。

#### IV 方法についてのコメント

昭和53年度を目途に需給バランスをはかることを計画の骨子とし、需要については、1. 国際比

表1 看護婦の在宅ケアに従事する比率

|                         | 年 次  | 人口 10 万 当 り 看 護 婦 数 |      |     |     | 比 率 |      |     |     | 備 考                                                                                                                                      |
|-------------------------|------|---------------------|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         |      | 総 数                 | 病院施設 | 在 宅 | その他 | 総 数 | 病院施設 | 在 宅 | その他 |                                                                                                                                          |
| デン マ ー ク <sup>1)</sup>  | 1966 | 413                 | 281  | 73  | 59  | 100 | 68   | 18  | 14  | { Registered Nurse のみ<br>Nursing and<br>Midwifery staff<br>Registered Nurse Health<br>Visitor および Home Nurse<br>保健婦・看護婦・准看護婦・<br>保健婦・看護婦 |
| フィンランド <sup>1)</sup>    | 1966 | 318                 | 223  | 83  | 12  | 100 | 70   | 26  | 4   |                                                                                                                                          |
| ノールウェー <sup>1)</sup>    | 1966 | 307                 | 242  | 65  |     | 100 | 79   | 21  |     |                                                                                                                                          |
| スウェーデン <sup>1)</sup>    | 1966 | 317                 | 182  | 50  | 85  | 100 | 57   | 16  | 27  |                                                                                                                                          |
| ア メ リ カ <sup>2)</sup>   | 1970 | 345                 | 240  | 25  | 80  | 100 | 70   | 7   | 23  |                                                                                                                                          |
| イ ン グ ラ ン ド             | 1968 | 613                 | 560  | 53  | —   | 100 | 91   | 9   | —   |                                                                                                                                          |
| ・ ウ ェ ル ス <sup>3)</sup> | 1968 | 216                 | 177  | 39  | —   | 100 | 82   | 18  | —   |                                                                                                                                          |
| 日 本 <sup>4)</sup>       | 1972 | 303                 | 283  | 13  | 7   | 100 | 93   | 5   | 2   |                                                                                                                                          |
|                         | 1971 | 153                 | 133  | 14  | 6   | 100 | 87   | 9   | 4   |                                                                                                                                          |

資料: 1) Social Security in the Nordic Country, 1966.

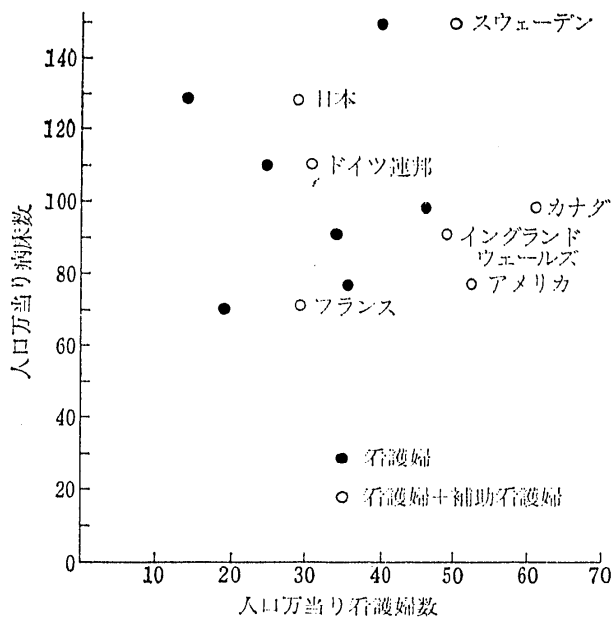
2) Health Resources Statistics, 1970.

3) Annual Report of the Department of Health and Social Security, 1968.

4) 国民衛生の動向 1973.

5) 看護婦: 看護関係資料 1973.

以上の資料よりおのおの作成.



資料: 表2と同じ。

図1 病床数と看護婦数

較, 2. 病院における現在の不足に将来の伸びを見込む方法が採用されている。供給については, 新就業, 再就職, 退職などの減耗を加算または控除して算出している。

まず国際比較についてみる。厚生省医務局看護課の看護関係資料(昭和48年7月)には, 病床あたり病院看護職員数が算出された表がみられる。この表は, 病院における看護婦の実態を知る上に重要な表であるが, 国際比較には, 1病床あたり全看護婦数の値を用いている。この値の意味は病院以外に従事する看護婦を含んでいるものを病院

病床で割ることによりその意義は異ったものといえる。それは, 病院以外に就業している看護婦の状況について表1にまとめたように, 日本が最も小さく, 在宅ケアを重視している国では高い値を示している。在宅ケアは, 病院での看護のように病床あたりよりは, 人口あたりで考えたほうが適切といえる。しかし看護を必要とする対象が入院患者ないしはその後に退院した患者中心とするものであるとすれば, 現在入院患者を分母(実際には病床を代用したが)にすることの意義は認められる。このことから, 病床数と看護婦数を図1にプロットし, その比率を表2にまとめてみた。この結果から, 国際的には病床および看護婦の定義が異なることもあるが, スウェーデン, 日本は病床が多く, その他の国の病床は少ない。日本の平均入院日数が最も長く, 次いでスウェーデン, その他と病床数とは逆になっている。このことは, 病床数が多くても, その回転率が遅ければ, 病床あたりのヘルスマンパワーは, 回転率の早い国より小さくてよいともいえる。このためこの値でもって国際比較することは困難といえよう。その上, 実際に数値をみると, 表2に示したように, あまりにも各国の値のバラツキが大きく, 本計画(日本およびスウェーデンは補助看護婦を看護婦に含んでいる)で採用した, スウェーデン, イギリスが, 日本にとってどのような意義があるのか明らかにしえない。このことは, 逆に, この需要を満たすことにより, スウェーデンまたイギリスと同じ看

表2 病床数と看護婦数

|                   | 年次                    | 人口万あたり<br>病床数 | 人口万あたり<br>看護婦数 | 人口万あたり<br>看護婦数+<br>補助看護婦数 | 看護婦数/<br>病床数 | 看護婦+補助<br>看護婦数/病<br>床数 |
|-------------------|-----------------------|---------------|----------------|---------------------------|--------------|------------------------|
| カナダ               | 1970                  | 99            | 46             | 61                        | 0.464        | 0.623                  |
| アメリカ              | 1970 (人)<br>1971 (病床) | 77            | 36             | 54                        | 0.465        | 0.703                  |
| 日本                | 1971                  | 128           | 14             | 28                        | 0.111        | 0.215                  |
|                   | 1971                  | * 104         |                |                           | * 0.137      | * 0.265                |
| フランス              | 1970                  | 71            | 19             | 29                        | 0.260        | 0.411                  |
| ドイツ連邦<br>(含西ベルリン) | 1970 (病床)<br>1971 (人) | 111           | 24             | 31                        | 0.215        | 0.274                  |
| スウェーデン            | 1970                  | 148           | 40             | 50                        | 0.269        | 0.337                  |
| イングランド<br>・ウェールズ  | 1971                  | 91            | 34             | 48                        | 0.371        | 0.523                  |

資料: WHO, World Health Statistics Report, Vol. 26. No. 1973 より作成。

注 \* 病院病床のみを用いた場合。

表3 看護婦と補助者

|                   | 年次   | 看護婦<br>(A) | 補助看護婦<br>(B) | 看護補助者<br>(C)         | B/A  | B+C/A | C/A+B |
|-------------------|------|------------|--------------|----------------------|------|-------|-------|
| カナダ               | 1970 | 97,814     | 33,445       | 11,925               | 0.34 | 0.46  | 0.09  |
| アメリカ              | 1970 | 723,000    | 370,000      | 850,000              | 0.51 | 1.69  | 0.78  |
| 日本                | 1970 | 141,587    | 145,992      | 141,553              | 1.03 | 2.03  | 0.49  |
|                   | 1971 | 148,418    | 156,591      | 137,320              | 1.06 | 1.98  | 0.45  |
| フランス              | 1970 | 95,151     | 55,445       | 51,000<br>(政府サービスのみ) | 0.58 | 1.12  | 0.34  |
| ドイツ連邦<br>(含西ベルリン) | 1971 | 146,902    | 40,456       | 51,444               | 0.28 | 0.63  | 0.27  |
| スウェーデン            | 1970 | 32,370     | 8,150        | 62,500               | 0.25 | 2.18  | 1.54  |
| イングランド<br>・ウェールズ  | 1971 | 165,400    | 67,400       | 80,400               | 0.41 | 0.89  | 0.35  |

資料: 表2と同じ。

表4 看護助手の職種

|            | ニューヨーク市立<br>病院常勤職員数<br>(一部) | 黒人またはプエル<br>ト・リコ人の比率 |
|------------|-----------------------------|----------------------|
|            | (人)                         | (%)                  |
| 看護助手       | 8,039                       | 88                   |
| 実務看護婦      | 2,731                       | 90                   |
| 調理助手       | 2,588                       | 84                   |
| ハウスキーピング助手 | 2,292                       | 80                   |
| 全職種        | 20,071                      | 82                   |

資料: An ethnic census of municipal hospital employees reported in Eleanor Gilpatvick and Paul Covliss. *The Occupational Structure of New York City Municipal Hospitals*.

E. Ginzberg: Urban health services, 1971 より引用。

護が病院で受けられるかの錯覚をさえ感じさせる。これは、看護婦に加えられない看護助手が多数いることを無視してはならない（カナダは補助者が少いが看護婦が多い）。スウェーデン、イングランド・ウェールズ、アメリカおよび日本については表3に示しておいたように、これだけの看護助手について日本0.49と、イングランド・ウェールズ0.89、スウェーデン0.54とに差がみられることは、本計画の通りに看護婦が充足されても、看護サービスをそれらの国なみに期待しえないといえよう。現在このような看護助手の確保は、国により異なり、アメリカのニューヨーク市立病院では、正看護婦の空席27%と危機に近いが、看護助手はわずかに3%と専門職のほうが空席が多い。しかしその内容をみると表4に示したように、そのような非専門職は黒人またはプエルト・リコ人にその多くが占められている。なお正看護婦にも同様の黒人等の増加がみられている。このことは、イギリス、その他旧植民地を多く有していた欧州

各国に共通にみられることで、看護婦などと同じ階層の人だけで看護助手を求めることは至難なこととなってきたといえよう。このことは、日本において看護助手のみならず、すでに准看護婦学生についてもその確保が困難となってきた。

次に、わが国の現状からの需要予測をみてみよう。もとの統計が入手できず、限られた報告から類推することにより、あやまった推測になることも考えられるが、公的医療機関の1病床あたりの看護婦数を、他の病院の基準とすることは、不足数の算出に直接は結びつかないと考えられる。一般に、公的病院は規模も大きく、高度医療を担当していることより、すべての病院が同じ看護婦数を必要とすることはないといえよう。将来の需要増を、現在の病院の看護婦の状況からのみ推定することは、前節にも述べたように、経済社会基本計画にもある、中間施設、在宅ケアの需要を無視したものといえる。この分野での需要増は著しいものと考えられる。イギリスの死亡者についての調査によると、毎日家庭看護婦の訪問を受けたものは調査対象の56%、週1回以上23%という報告がある。(Cartwright Hockey and Anderson "Life Before Death" 1972)。今後施設外のサービスの向上のために必要な看護職員の数の算出は容易ではないが、社会保障問題懇談会報告に10万人保健婦の増員を報告していることは、大略人口10万に100人で、表1のフィンランド83人、デンマーク73人よりみて妥当な数字といえよう。もしこの在宅サービスを昭和53年度に1/3達成させるとすれば、本計画49万人に約3万人加算しなく

てはならない。

供給側の推計は、資料不足で明らかにしえないが、減耗数を4.6%から4%に減少させることは、非常な努力がなくてはならないといえる。すなわち、就業者の急増は若年の新卒によるもので、彼らの離職の理由が結婚などによることが多いので、有配偶の看護婦の働きやすい条件をどこまで提供できるかによる。イングランド・ウェールズの労働婦人の52%が有配偶であるが看護婦では36%にすぎない(1961年)(Health and Welfare Services in Britain in 1975)。日本でも1966年の一般労働婦人(除く農林業)では有配偶35.9%、看護婦36.2%であるが、平均年齢、平均勤続年数ともに看護婦が上回っている、一般28.1歳、3.9年、看護婦29.4歳、4.9年である。すなわち、勤続年数が長く、年が上で有配偶率が同じであることは、同じ条件での有配偶が少いことを意味している。このように、イギリス、日本ともに、看護婦の労働は、有配偶者にとって、他の一般婦人労働に比し、よくないといえる。これらの資料は古く、最近とみに改善されてきているし、病院および施設以外で働く保健婦、看護婦、また高学歴の人ほど、有配偶者の率が高いことより、有配偶者の労働の場を考慮することにより、就業率を高くとどめることができよう。しかし減耗率4.6%を4%に減少させることは容易ではないのではなかろうか。古い資料ではあるが、スウェーデンでは、看護婦就業者が増加するにつれ、若い人の増加と離職率が上昇している。ただ、日本と異り、再就職の率が高く、離職者数の約半数に相当する再就職者が認められていることは、注目に値しよう。このことは、現在の潜在看護婦就業者数の上昇が、前述の在宅ケアのための動員を含めて期待できよう。東京都特殊疾病対策機構の研究(班長 重松逸造)において、筆者が担当した在宅訪問グループでは、長期間離職していた看護婦が、短い訓練のみでパ

表5 スウェーデン看護婦の就業状況

| 年次   | 就業者<br>A | 追 加       |           | 減 耗 D |     |    | C/B<br>(翌年)<br>D/A |
|------|----------|-----------|-----------|-------|-----|----|--------------------|
|      |          | 新卒業者<br>B | 再就職者<br>C | 家庭    | 年金  | 死亡 |                    |
| 1950 | 12,501   | 964       | 132       | 347   | 102 | 15 | 28%                |
| 51   | 13,128   | 960       | 115       | 346   | 83  | 19 | 26%                |
| 52   | 14,028   | 1,097     | 207       | 282   | 97  | 25 | 51%                |
| 53   | 14,825   | 1,243     | 201       | 539   | 81  | 27 | 31%                |
| 54   | 15,660   | 1,310     | 227       | 574   | 110 | 18 | 29%                |
| 55   | 16,704   | 1,367     | 197       | 376   | 115 | 29 | 38%                |
| 56   | 17,894   | 1,499     | 193       | 322   | 154 | 26 | 38%                |
| 57   | 19,099   | 1,454     | 502       | 562   | 158 | 31 | 67%                |
| 58   | 20,045   | 1,427     | 474       | 739   | 181 | 32 | 50%                |
| 59   | 20,885   | 1,476     | 361       | 771   | 192 | 34 | 36%                |
| 60   | 21,886   | 1,447     | 793       | 1,032 | 179 | 28 | 64%                |
| 61   | 22,389   | 1,556     | 797       | 1,602 | 218 | 30 | 43%                |
| 62   | 23,094   | 1,612     | 868       | 1,517 | 228 | 30 | 49%                |

資料: Allmän Hälsö-och Sjukvård 1970.

ートタイムで看護サービスを実施し著しい効果をあげている経験からも、潜在看護婦活用の道は、在宅ケアから開始することによりその効果が短期間にあげられるのではなかろうか。

厚生省研究「ヘルスマンパワーの開発と将来需給に関する研究」の一環として、供給予測を方波見重兵衛と筆者が行ったなかで、看護婦および准看護婦就業の昭和52年予測45~52歳で、今回の値とほぼ等しい結果を得ている。しかし、今回の予測値について、細かい定義が不明であるので、予測の根拠の数値とともに発表されんことを期待する。

## V む す び

予測するための資料の制約があるではあろうが、病院中心の考えで、病院における看護婦不足に着目しすぎているといえるのではなかろうか。もっと将来の医療全体の展望のなかで、看護とくに人間を対象としている看護を中心として、計画の数値の算出されんことを期待し、今後の改訂を待ちたい。