

保健医療サービス供給構造の変革と 看護マンパワーの動向

岩 下 清 子
奥 村 元 子

はじめに

人口高齢化、疾病構造の変化に対応すべく、保健医療サービスの供給構造の変革に加え、サービスを支えるマンパワーの確保に関心が高まっている。

国民皆保険が達成され、医療施設数、病床数は増加の一途をたどってきた。それに伴って医療施設に就業する看護職員（保健婦、助産婦、看護婦（士）、准看護婦（士）の総称。以下同様）数は著しく増加したが、それ以外の分野の就業者数は微増に留まっている。

本稿ではまずこの間の就業の動向をレビューし、あわせて厚生省の看護マンパワー対策がどのようなものであったかをおさえる。

次いで、近年医療施設以外に看護職員の就業の場が拡大しつつあることに着目し、その動向とそこでのマンパワー確保上の問題点を考察する。

医療施設の就業者数と比べ、それ以外の就業者数は数としては少ないが、それをクローズアップするのは、医療施設以外での看護職員需要増が、保健医療サービス供給構造の変革と関係して出てきたものであること、そしてそこでのマンパワー確保の成否が、今後のサービス供給構造を左右すると思われるからである。

I 看護職員の就労働向の推移

1. 就業者数

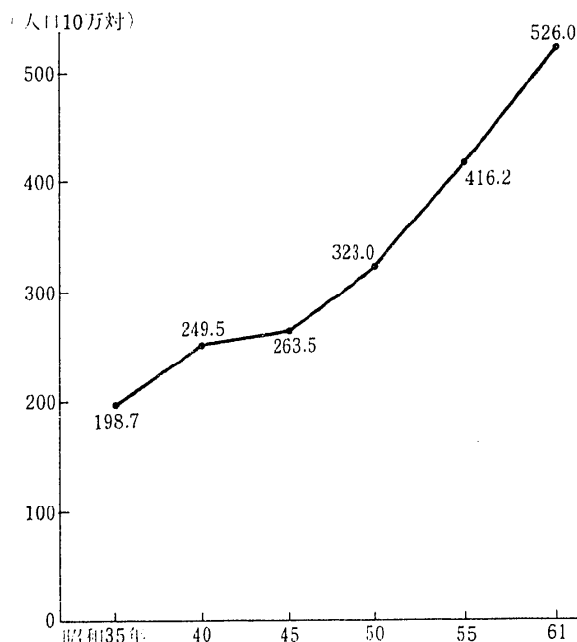
昭和45年から60年までの看護職員の職種別就業

表 1 就業者数の推移

	昭和45年	50 年	55 年	60 年
保 健 婦	14,007 (100.0)	15,962 (114.0)	17,957 (128.2)	21,492 (153.4)
助 産 婦	31,541 (100.0)	28,927 (91.7)	27,388 (86.8)	25,528 (80.9)
看 護 婦(士)	139,239 (100.0)	187,251 (134.5)	261,613 (187.9)	339,579 (243.9)
准看護婦(士)	164,464 (100.0)	208,412 (126.7)	257,219 (156.4)	311,091 (189.2)

(注) カッコ内は昭和45年を100とした指数。

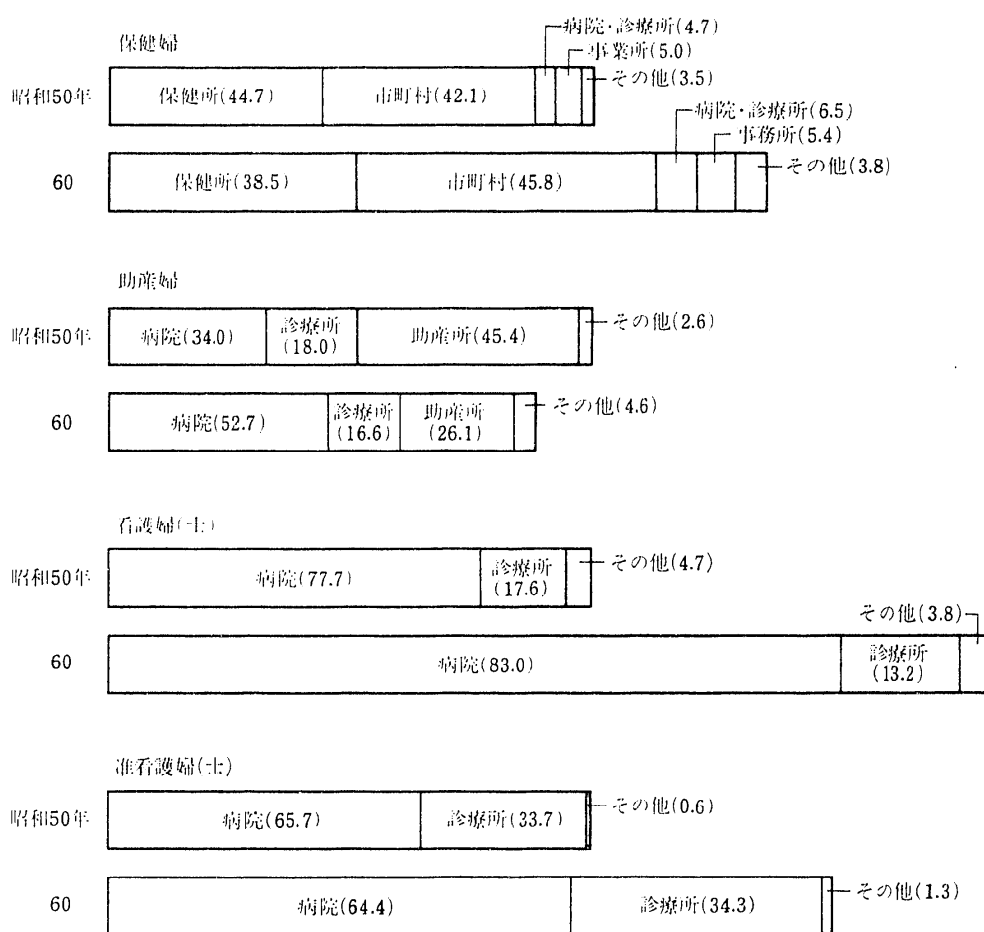
(資料) 「看護関係統計資料集」(厚生省看護課編)による。



(資料) 厚生省「衛生行政業務報告」による。

図 1 人口10万対就業者数 (看護婦(士), 准看護婦(士)の計) の推移

者数を表 1 に示す。4 職種のうち唯一助産婦で就業者が減少したが、これは高齢の開業助産婦の引



(注) カッコ内の数字は就業場所別構成比(%)。

図中の横幅は昭和50年に対する60年の実数の伸びを示す。

(資料) 厚生省「衛生行政業務報告」による。

図2 就業場所の推移

退による。他の3職種ではいずれも増加をみ、とくに看護婦(士)は昭和40年代以降毎年1万1,000～1万7,000人のペースで就業者数が伸びている。

この間に、人口対看護職員数(比率)は上昇し、看護婦(士)・准看護婦(士)合計で見ると昭和61年には45年の約2倍に達した(図1)。

2. 就業場所

現在、看護職員の就業場所は圧倒的に医療施設(病院・診療所)に集中している。図2は昭和50年、60年の看護職員就業場所構成比を職種別に示したものである。看護婦(士)・准看護婦(士)ではこの間に病院勤務者の比率が高まった。助産婦については、開業助産婦が高齢化とともに減少を

続ける一方、新たに就業する助産婦のほとんどが医療施設に吸収されている。また、従来行政組織内での公衆衛生活動を中心にしてきた保健婦についても、医療施設勤務者の比率がやや高まった。

医療施設勤務の看護職員については、この十数年間に看護婦は病院へ、准看護婦は診療所へという職種による分化傾向が強まっている。病院においては昭和40年代後半に看護婦(士)が准看護婦(士)を上回り、以後准看護婦(士)の比率は徐々に低下しつつある(厚生省「病院報告」によれば、昭和59年は看護婦(士)56%、准看護婦(士)41%)。一方、診療所においては逆に准看護婦(士)の比率が上がっている(同、看護婦(士)30%、准看護婦(士)67%)。

このような偏在化の背景には、就業者数・養成数の増加により雇用側にある程度採用対象を選択する可能性が生じていることが考えられる。高度医療を提供する病院（とくに公的・大規模な施設）では、以前から准看護婦（士）の採用を中止または手控える例が多い。

一方、個人または医療法人といった基本的に医師の私的経営による医療施設では、従来から個々の施設の要員確保が看護婦養成と結びつけて行われている。見習い勤務のかたわらの准看護婦養成所通学、あるいは准看護婦として勤務しながらの定時制看護婦養成課程通学がそれであり、これらの養成所の運営は地域医師会や勤務先の病院などが行っている。私的経営による医療施設の多くは中小規模であり、このような形での要員確保は、看護婦（士）の病院（公的・大規模）集中の影響とともに、中小病院と診療所の准看護婦（士）比率上昇をもたらしている。

3. 就業者の属性

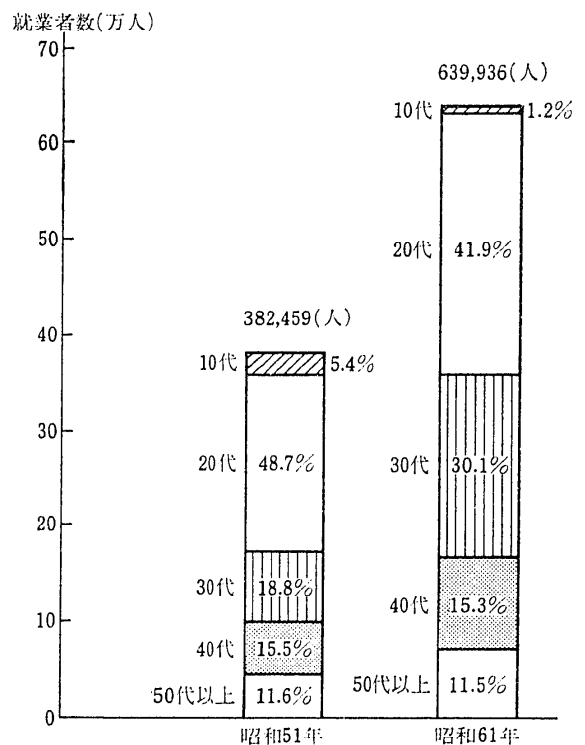
昭和51年から61年のあいだに、保健婦・助産婦・看護婦（士）の平均年齢は3～5歳低下した（表2）。一方准看護婦（士）では逆に5.6歳上昇したが、これは准看護婦（士）学校・養成所（高校衛生看護科を除く）に占める高校卒業者比率が上昇（昭和49年43%，59年90%）し、10代就業者が減少（昭和51年2万人，61年7,000人）した影響が大きい。

看護婦（士）・准看護婦（士）合計の就業者数を年齢分布で示したものが図3である。昭和51年当時の30代は61年に40代となるが、この間に36%も就業者が増加した。この10年間の復職者が離職者を上回ったことがわかる。昭和51年当時の20代は、この10年間にわずかながら就業者数の増加を続け

表2 平均年齢の推移

	昭和51年	61年
保健婦	40.9歳	36.7
助産婦	51.4	46.6
看護婦(士)	38.6	35.9
准看護婦(士)	27.4	33.0
(看・准計)	33.3	34.6

（資料）「厚生行政業務報告（厚生省報告例）」より推計。



（資料）厚生省「厚生行政業務報告」昭和51年版および61年版による。

図3 年齢分布の推移（看護婦（士）・准看護婦（士）計）

た。この間にこの世代では、多くは結婚、出産、育児などを経ているが、これに際しての離職者が少なく、離職の場合もごく短い休業ののちに復職する者がほとんどであると推測される。現在の40代の就労働向から類推すれば、30代は現在の就業者数をおおむね維持した状態で当面労働市場に留まると予測される。

日本看護協会の調査によれば、中堅層が職場に留まる率が高まると同時に、看護職員に占める既婚者・有子の者の割合が高まった。昭和60年会員実態調査¹⁾では、未婚36.1%，既婚58.2%，離死別5.4%となった（非農林業女子雇用労働者については、未婚31.8%，有配偶58.8%，離死別9.4%（『労働力調査』，昭和60年））。表3は、年齢階層別の未婚率の推移である。30代以降の未婚率低下は、結婚しても辞めずに働き続ける者が増えたことを示している。同調査では、既婚者の85%が子供をもち、平均子供数は2.0人であることが示された。就業者の5人に1人は学齢前の子供をもつことになる。

表 3 看護職員の未婚率 (%) の推移
(昭和40～60年)

	昭和40年	48 年	56 年	60 年
20～24歳	86.9(%)	82.7	83.9	88.0
25～29歳	53.3	46.6	45.8	52.9
30～34歳	34.2	28.9	21.7	18.8
35～39歳	29.1	22.6	22.2	15.5
40～44歳	26.4	21.7	13.8	14.3
45～49歳	25.7	24.4	12.2	14.0
50～54歳	24.1	18.7	17.9	19.3
55～59歳	28.8	17.4	24.0	21.1
60歳以上	37.7	—	32.5	27.3

(資料) 日本看護協会「会員実態調査」昭和40年、48年、56年、60年版による。

同一勤務場所での勤続年数は、現在では一般女子労働者と大差ないと見られる。しかし看護職員の場合は、私生活上のイベント（出産・育児・介護・配偶者の転勤など）を一時離職と職場移動で乗り切って働き続ける例が多く、雇用機会の多さがこれを支えている。

このように、看護職としての仕事は現在では「家庭」に対して二者択一的なものではなくなっていることがわかる。

II 看護行政とマンパワー対策

わが国の看護行政は昭和40年代以降「看護婦不足解消」をその最大の課題としてきた。昭和49年、54年には「看護婦需給計画」を策定し、養成供給力拡充、離職防止、未就業者の就業促進を重点施策として位置づけている。

すでに述べた就業者数の増加は、これらの施策のもとで「需給計画」をほぼ満たして達成された。以下、養成拡充と離職防止の2点を中心に、現在までのマンパワー対策とその成果を概観する。

1. 養成拡充

看護職員の養成課程はいくつもの並行するルートからなる複雑な構造をもつ。基本的には高卒後3年の看護婦課程（大学・短大を含む）と、中卒後2年（高校衛生看護科は3年）の准看護婦課程、さらに准看護婦（士）が看護婦資格をめざす看護婦2年課程（いわゆる進学コース）が柱となる。

保健婦・助産婦課程は看護婦資格者に対する半年以上の教育を行う。各課程を終え、保健婦・助産婦・看護婦（士）については国家試験、准看護婦（士）については都道府県による試験を経て、免許を得る。

保健婦・助産婦の養成は絶対数も少なく（昭和62年度入学者は保健婦2,147人、助産婦1,524人）、養成数の伸びはごく緩やかである。

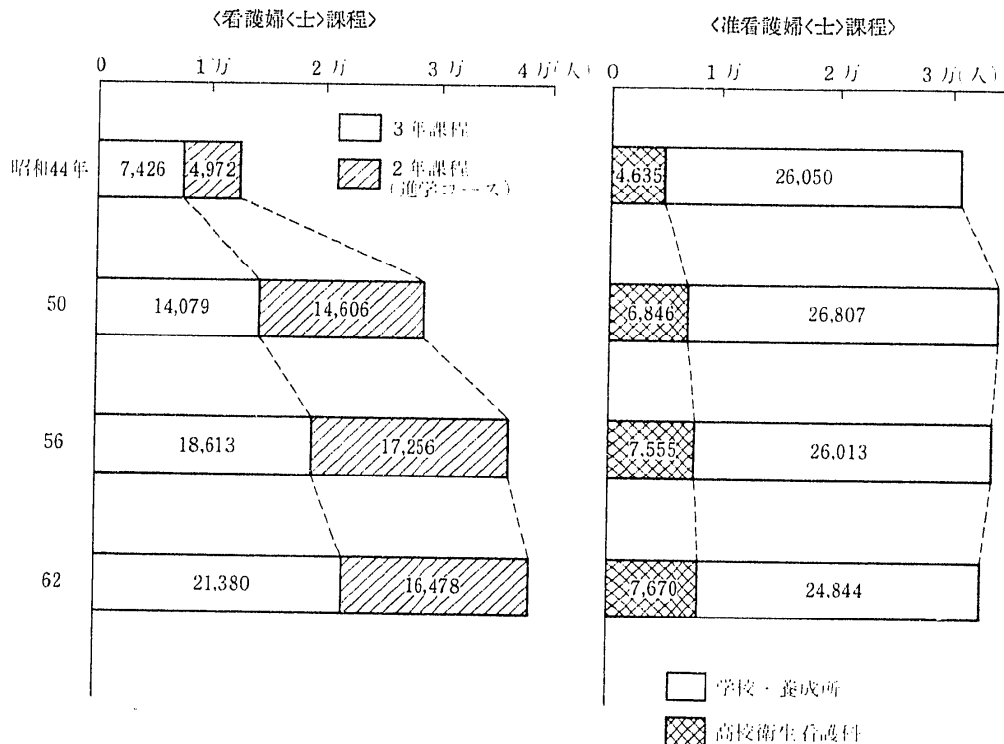
図4は看護婦・准看護婦養成課程の1学年定員の推移である。進学コースと准看護婦課程の定員は、昭和50年代中ごろから漸減傾向を見せており、看護婦課程の養成数の伸びは続いている。看護婦課程、進学コースとも、養成所（専門学校）から短大への切り替えが見られ、また進学コースから看護婦課程への切り替えも目立つ。定時制から全日制への移行も徐々に進んでいる。

このように教育の質を重視した養成が志向される一方で、准看護婦課程の抱える矛盾はますます深まりつつある。

すでに述べたように、准看護婦養成から進学コースに至るルートは、医師会ならびに医療施設自らが運営する養成機関への就学と、これらの医療施設での就業が一体となったものが中心である。高校衛生看護科を除く全国504の准看護婦学校・養成所（昭和61年度）のうち、全日制で授業を行うものは2割に満たず、学生は実習の名目で看護労働力として位置づけられている（厚生省「看護制度検討会報告書」昭和62年4月）。

さらに本来中卒者を対象とする准看護婦課程の入学者は、昭和62年4月には94.5%を高卒者が占めるに至った。また、准看護婦課程修了後直ちに進学コースに進む者が年々増え（高卒資格をもつ准看護婦（士）は実務経験なしに進学が認められる）、昭和62年には20%を超えている。とくに「高卒資格と准看護免許を3年で取れる」ことを眼目に発足（昭和39年）した高校衛生看護科では、卒業者の56%が進学を決めており、高校側がその受け皿として専攻科（内容は進学コース）を新設する例が増えている。このような養成課程の存在そのものが問われる状況にあるといえるだろう。

従来の養成拡充目標はさまざまな問題をはらむ



(資料) 厚生省看護課編「看護関係統計資料集」による。

図4 養成数の推移(看護婦, 准看護婦学校養成所1学年定員)

養成体制の存続を前提とし, ある程度それに依拠しつつ達成された。現在准看護婦(士)制度の存廃をめぐる論議が高まるなかで, 看護職員の養成体制もまた, 重い課題をかかえている。

2. 離職防止

看護職員の離職防止対策は, とくに医療施設勤務者に対しての出産・育児期のフォローにその重点を置いてきた。

昭和50年, 国立施設に勤務する看護職員について, 出産後1年以内の育児休業を認める育児休業法が制定された。また, 民間医療施設等に勤務する看護職員を対象にした「特定職種育児休業利用助成金」支給等の施策を背景に, 人員確保に苦慮する民間施設においても育児休業制が拡大しつつある。

さらに, 厚生省予算では, 有子看護職員の離職防止のために院内保育所に対する補助を行っており, 昭和63年度は自治体・民間567ヵ所, 国立病院・療養所202ヵ所の院内保育所が補助対象とな

る。昭和62年本会が実施した病院看護基礎調査²⁾によれば, 育児休業は64%の病院で実施, 施設内保育所は35%の病院が運営している(いずれも国公立を含む)。

あくまでも病院勤務者に対する施策が中心であるが, 第1節で述べた既婚・有子看護職員の増加は, これらにより支えられたといっていよう。

3. 「看護婦不足」と「看護婦需給計画」

先に見たように「看護婦不足対策」は, 昭和40年代以降の看護行政の最大関心事であった。その背景には, 医療施設数, 病床数の急激な増加があり, 「看護婦不足」とは, そこからもたらされた看護職員の需要増に供給が追いつかないことを意味していた。

厚生省は昭和49年と54年の2回にわたり「看護婦需給5ヵ年計画」を立て, それをもとに先に見た看護職員の養成・定着対策をすすめた。この間医療施設に就業する看護職員数は著しい増加をみ, 「需給計画」は目標数を達成した。その結果, 上

記の意味での「看護婦不足」は大幅に緩和された。

もっとも昭和62年から63年にかけて、医療法改正による病床数の規制が始まる前に、ともかく増床しておこうという、いわゆる「かけ込み増床」が一部地域で見られ、再び「看護婦不足」の様相を呈している。

ところで、「看護婦需給計画」では「看護婦必要数」という言葉が用いられているが、それはもっぱら病院病床数や診療所数をもとに計算されたものである。しかも施設数や病床数は、ニーズをもとに適正数が考えられたのではなく、それはただ増えるに任されていた。

すなわち「看護婦不足」とは、看護ニーズに照らした不足というより、看護職員の需要が供給を上回ることを意味している。次節で述べるように、医療施設以外の看護ニーズについては、ニーズの存在が意識されたとしても、それに応ずる財源が不十分で看護職員の需要に結びつかないため、「看護婦不足」として認識されることは少なかった。

したがって、看護マンパワー対策が「看護婦不足対策」である以上、それは主として医療施設における看護職員採用難への対策であり、それ以外の分野での看護職員確保対策が等閑視されてきたのも、当然であろう。それどころか、医療施設以外に看護職員の雇用の機会が広がることにつながる施策は、「看護婦不足」をいっそう深刻なものにするとの配慮からブレーキがかかってしまった側面もある。たとえば、多くの人が早くから訪問看護の必要性を認めながら、その財政的措置がとられなかった理由のひとつもそこにあったように思われる。

Ⅲ 保健医療供給構造の変化に伴う 看護職員就労の場の拡大

看護職員の病院・診療所への集中とその背景についてはすでに見たとおりである。ところが、従来の病院中心、治療中心の保健医療サービスが医療費の高騰を招いている、また人口高齢化、疾病構造の変化などによるニーズの変化に対応できないとの認識が広がり、サービス供給面の見直しと

改革がすすめられている。それに応じて看護職員の需要に多様な広がりが出てきている。それらの動向を見てみよう。

1. 老人保健法に基づく市町村の老人保健事業

就労保健婦の大部分（約87%）は都道府県あるいは市町村の保健所や衛生部に所属し、住民の健康に関する公的サービスを担ってきた。これらの保健婦の数は、長年、ほぼ横這いに近い微増に留まっていたが、老人保健法の発足（法制定は昭和57年8月、実施昭和58年2月）により、にわかに保健婦の増員が問題になり始めた。それは、老人保健法により訪問指導、健康教育、健康相談、機能訓練などの老人保健事業が市町村に義務づけられ、それらの事業の開始・拡大に保健婦を必要とするためである。

老人保健法発足にあたって、厚生省は老人保健事業拡大のための5ヵ年計画を立て、そのなかで保健婦の必要数と確保について次のような考え方を出した。

昭和57年度（初年度）

必要数	約4,000人
現員の活用	約2,000人
新規採用	約400人
退職保健婦(雇上)	約1,500人

昭和61年度（目標年度）

必要数	約8,000人
現員の活用	約2,000人
新規採用	約3,000人
退職保健婦(雇上)	約3,000人

（「現員の活用」とは、昭和56年度にすでに成人病対策、老人健康診査等に従事していた数。目標年度の「新規採用」は昭和57～61年度の採用の累計）

昭和61年度の厚生省予算編成時には、この計画は現員の活用2,229人、新規採用2,770人、退職保健婦(雇上)3,399人と修正されている。他方、厚生省「衛生行政業務報告」によれば、保健所（都道府県および政令市）と市町村に勤務する保健婦は、1万5,868人から1万8,659人へと、昭和56年末から61年末までの5年間に2,791人増えている。

しかし、増えた保健婦のすべてが老人保健事業に回ったとしても、目標の3,000人には達していない。

老人保健事業の推進のために、2,700～2,800人の保健婦が増えたとはいえ、全国市町村（含特別区）数が3,276であることを考えれば、1市町村当たり平均1人にもならない。また、昭和57年に保健婦がいない市町村が393存在しており、国の予算の使用に関しては、これらの市町村への保健婦配置を優先する考えであったが、昭和61年現在、保健婦のいない市町村は、まだ169残っている（厚生省健康政策局計画課調べ）。

日本看護協会では、昭和60年10月、全国の市町村を対象に「老人保健事業における保健婦活動調査」を実施した（回答市町村数3,171、回答者は保健婦）³⁷。これによれば、昭和57年5月から60年5月の3年間に常勤保健婦を増員した市町村は33.6%にすぎない。そして、常勤保健婦の増員がなかった市町村の73%は、保健婦が増えない理由として、「行政改革で公務員の定員がおさえられている」をあげている。

常勤保健婦の増員が困難な状況のなかで、老人保健事業、ことにもっとも人手を要する訪問指導をすすめるために、看護職員の「雇上」がすすめられた。

上述の厚生省の5ヵ年計画では、昭和61年までに退職保健婦を「雇上」で3,000人確保することを目標としていたが、61年度の予算編成時にはこれを上回る3,399人となっている。ただし、就労可能な保健婦はそれほど存在せず、実際に採用されたのは看護婦のほうが多かった。

日本看護協会の前掲調査によれば、訪問指導のために看護職員の非常勤採用をしている市町村は62%で、非常勤看護職員の63.0%が看護婦、保健婦は31.8%であった。また、訪問指導事業に従事した延べ人員のうち、非常勤看護職員の占める比率は23.7%であった。

なお、人口対保健婦数の少ない市町村ほど、また人口の多い都市ほど非常勤看護職員の占める比率は高い。また、老人人口に対し訪問指導件数の多い東京都や山梨県において、この比率は高い。

これらのことは、事業の拡大が非常勤者の採用により可能になっていること、また都市部では非常勤で働く看護職の採用が比較的容易であることを物語っている。

厚生省の老人保健事業5ヵ年計画のなかの保健婦の確保に関しては、常勤者については目標をやや下回るとはいえ、全体としては何とか目標を達成したかに見える。しかし事業拡大のほうは計画どおりにはっていない。そもそも、老人保健事業は人手を要する事業であるわりに、必要数の見込みが少なすぎたといえよう。

たとえば訪問指導事業についていえば、昭和61年には、寝たきり者約21万人、健康診断の要注意者約14万人に対し、おおむね月1回訪問を実施することを目標にしていたが、厚生省の「老人保健事業報告」によれば、昭和61年度の実績は次のとおりである。

	寝たきり者	要 注 意 者
A 被訪問指導実人員	189,332人	600,824人
B 被訪問指導延べ人員	873,729人	921,897人
年平均訪問回数 A/B	4.6回	1.5回
(実施市町村数 3,207 98%)		

このように、訪問した人数、回数とも、目標を大幅に下回っている。その最大のネックは、マンパワー不足にあったと考えられる。

日本看護協会の前掲調査（回答者は保健婦）では、訪問指導件数の次年度（昭和61年度）の見通しについて、3割強の市町村は「増えるだろう」と回答しているが、他は否定的な回答であった。そして拡大困難な理由として、57.1%が「常勤保健婦不足」、32.3%が「非常勤看護職員の採用が困難」をあげている。

今後5ヵ年ぐらいのあいだに訪問指導を拡大するためのマンパワー対策として、「保健婦の増員」をあげた市町村は31.7%、「非常勤看護職員の採用」をあげたのは28.5%にすぎない。そして、マンパワー確保について悲観的な見方をしているところが多く、「保健婦業務を整理」してやりくりしようというのが43.4%、「方策なし」が23.9%となっている（複数回答）。

マンパワーの確保状況には、市町村による格差

表 4 人口10万対保健婦数
(昭和60年)

い ない	7.7%
9人以下	19.5
10～14人	18.1
15～19	15.6
20～24	11.5
25～29	8.7
30～34	6.0
35～49	8.4
50人以上	4.5
計	100.0 (n = 3, 171)

(資料) 日本看護協会「昭和60年老人保健事業における保健婦活動調査」による。

表 5 65歳以上人口1,000人
対延べ訪問件数(昭和59
年度)

24件以下	32.7%
25～49件	22.7
50～99	20.9
100～199	14.6
200件以上	8.0
不 明	1.2
計	100.0 (n = 3, 171)

(資料) 日本看護協会「昭和60年老人保健事業における保健婦活動調査」による。

が大きい(常勤保健婦については表4参照)、財政力の乏しい町村では今後とも確保は困難であろう。そしてそのことは、当然ながら、住民が受けられるサービスに大きな格差をもたらすと考えられる。ちなみに前掲調査によれば、老人人口に対する延べ訪問件数に、表5のような市町村による開きがみられた。

厚生省は、昭和62年度以降の老人保健事業の推進について第2次5ヵ年計画を立て、実施中である。そのなかで、昭和66年度(目標年度)には、寝たきり者約46万人に対し年12回、要注意者約12万人に対し年1～6回訪問指導を行うことを目標にしている。

目標年度の寝たきり者の被訪問延べ人員を、単純に46万人に12回を乗じた数とみなすなら、年552万人となる。これは昭和61年度実績87.4万人の約6.3倍である。よほど思い切ったマンパワー確保対策がないかぎり、その実現は不可能といえ

よう。

2. 病院、診療所による訪問看護

前述の市町村による訪問指導と並行して、医療施設からの訪問看護が徐々に広がってきている。両者とも、疾病・障害をもった人々の在宅療養がスムーズに行われるよう、看護職員が家庭に出向いて本人や家族を援助するものであり、業務内容も共通点が多い。対象者に老人が多いことも共通している。しかしどちらかというところ、訪問看護は“医療的処置に伴う問題”、後者は“介護の困難さ”への対応に比重がかかっている。

厚生省はここ数年来、長期入院に歯止めをかけるとともに、在宅医療を推進する方向で社会保険診療報酬の改定を行ってきたが、その一環として、在宅患者訪問看護・指導料が新設された(昭和58年に老人患者対象、60年に精神科患者対象、63年に一般患者対象のものが新設)。

入院治療を継続してもそれ以上の回復は望めないが、家庭の事情等で退院できない患者や入退院を繰り返す患者が増えたことから、看護婦のあいだには早くから訪問看護への関心があった。加えて、上記のような国の施策により、病院経営上の関心も出てきたため、医療施設からの訪問看護は、ここ数年広がりを見せている。

日本看護協会では、昭和60年に「病院における訪問看護実施状況調査」を実施した⁴⁾。その結果によれば、勤務時間外にボランティアとして訪問をしているものを除き、勤務扱いで訪問看護をしている一般病院は400～500、一般病院全体の5%前後と推計される。しかし、調査時点では、社会保険診療報酬における訪問看護の料金が低かったうえに、支払いの対象となる要件がきびしかったため、訪問看護による収入は微々たるものであり、とうてい人件費をまかなえる状態ではなかった。そのため、訪問看護のためにマンパワーを確保する病院は少なく、大半は病棟や外来に配置された看護婦が勤務をやりくりして出向いていた。そのため訪問対象者は少なく、かつ定期的な訪問も困難な状況であった。他方、訪問看護の専任者をおいている病院は、訪問看護を実施している病院の

18%, 専任者は1病院当たり平均1.6人にすぎない。このように、医療施設の訪問看護はまだ実施病院が少ないうえに、一部を除いてまだ本格的な実施とはいえない段階にある。

ところで、厚生省は昭和63年4月の診療報酬改定に際し、訪問看護の料金値上げ、および対象者の拡大を行ったことからわかるように、訪問看護を広げていく方針である。しかし、国民皆保険の建前である、望めば誰でもどこでも医療給付が受けられる状況を訪問看護に関しても実現しようとするなら、ここでも膨大なマンパワーが必要となってこよう。

3. 老人福祉

老人人口増加に加え、福祉の対象者のなかに医療ニーズをもった人が増えたことにより、老人福祉の分野でも看護職員の需要が拡大している。

老人福祉の分野で働く看護職のうち、就業者数がわかっているのは表6のとおりである。市町村や民間団体（市町村委託など）が行っている在宅老人福祉サービスに従事している看護職員もかなりいると思われるが、その数はつかめない。

近年、老人ホームの関係者に、看護婦を増員したいという考えが高まっているようである。その背景には、次のような事情がある。すなわち、入所者が高齢化し、それに応じて病気をもらった人が

増えたこと、付き添いなしでは入院が困難なためホームで終末を看取る場合が増えたこと等である。

鎌田らは、昭和61年、特別養護老人ホームの施設長および看護婦を対象に調査を行った⁵⁾。その結果によれば、施設長の65%、看護婦の74%が、「看護婦の増員が必要」と答え、その理由として、看護婦も「夜勤の必要」、「生活援助に参加する必要」、「休日勤務の必要」がある、などをあげている。それだけ、常時健康状態を観察し状態変化に応じて対処する必要性を感じているといえよう。

なお、措置対象の老人ホームについては、看護婦（または准看護婦）の配置基準を国が定めているが、その数では看護婦（または准看護婦）が交代で夜勤につくことは困難である。現に看護婦（または准看護婦）が交代勤務体制をとっているのは8%にすぎず、宿直制ですら20%であり、夜勤はもっぱら寮母によって担われている（厚生省「昭和60年社会福祉施設調査報告」による）。

さらに老人ホームにおいて、入浴サービス、短期保護事業（ショートステイ）、デイサービスなど、在宅老人を対象とする各種サービスを行うことが多くなり、そこでも看護婦が求められている。それは、一時的に施設ケアの対象となる老人は、環境変化による健康障害を起こしやすく、健康状態の把握や対応がよりむずかしくかつ重要であることによる。

デイサービスにおける看護婦の配置は、デイサービス事業実施要綱（厚生省社会局長通知）の昭和61年の改訂ではじめて明記された。しかし、全国社会福祉協議会が昭和62年8月に実施した調査⁶⁾によれば、デイサービスに看護婦（兼任、非常勤を含む）がまったくいない施設は25%に及んでいる。

老人ホームにおける看護職員の確保は、量的な問題に加え質の向上もひとつの課題である。少数の看護職員が多数の寮母に対し、入所者の健康管理に関してはリーダーシップをとり、緊急時には医師に代わって判断・対処しなければならないことなどを考えれば、相当熟練を積んだ看護職員が必要とされているからである。ところが前掲鎌田らの調査によれば、特別養護老人ホームに勤務す

表6 老人福祉施設に就業する看護職員数
(昭和60年)

	看護婦・ 准看護婦		保健婦	
	専任	兼任	専任	兼任
老人ホーム（措置対象施設）	5,811	136	・	・
（再） 養護老人ホーム（一般）	(1,003)	(19)		
養護老人ホーム（盲）	(82)	(0)		
特別養護老人ホーム	(4,487)	(114)		
軽費老人ホーム（A型）	(239)	(3)		
軽費老人ホーム（B型）	4	2	・	・
老人福祉センター	136	58	161	135
有料老人ホーム	85	33	6	1
老人憩の家	4	1	3	8
老人休養ホーム	3	0	0	0
計	6,043	230	170	144

（注）・は保健婦としての計上がないことを意味している。

（資料）厚生省「社会福祉施設調査報告」による。

る看護職員の62%は准看護婦である。保健婦助産婦看護婦法第6条に、「医師・歯科医師又は看護婦の指示を受けて」業務を行うと規定されている准看護婦が、医師も看護婦も常駐していない職場で、多数の老人の健康管理に責任をもたねばならないという実態が広く見られるのである。

いわゆる「看護婦下足」時代は、国の定める基準を満たすこと自体が困難であった。そして近年は、ニーズの拡大・多様化に対応し看護婦を増員したくともままならない状況である。

この分野での看護職員確保難を考えるうえで、医療施設と比べて人件費財源が乏しく、給与水準が低いことを看過することはできない。

老人ホーム運営費の国庫負担額算定根拠をもとに人件費を割り出すと次のようになる。人件費基準は、医師のみ別枠基準が示されているが、看護職員については生活指導員、寮母とともに「入所者の処遇に直接従事する職員」として一括されている。そして入所者1人当たりの額で示されているのを職員1人当たりに換算すると、社会保険料事業主負担込みで年額300万～350万円プラス施設の平均勤続年数による加算3～10%（地域差あり）（昭和61年5月改定の基準による）となる。

これに対し、病院の看護職員の給与と実態は、人事院の「民間給与実態調査」の結果より社会保険料事業主負担込みの人件費を推計すると、看護婦（管理者を除く）が平均414万円（33.1歳）、准看護婦が371万円（32.5歳）（昭和61年）である。また、老人ホームの昭和61年の国庫負担基準では、非常勤職員の日給が4,760円であるのに対し、病院の非常勤者の実態は、全国病院労務管理学会の調査²⁾によれば、同じ年に時間給平均が看護婦970円、准看護婦880円である。

これらのことは看護職員にとって老人ホームより給与の高い就職口がいくらかもあることを示している。したがって、老人ホームに経験豊かな看護職員を採用することは容易ではない。他方、経験の乏しい看護職員は看護職員よりずっと数が多く、かつ勤続年数の長い人も多い寮母のなかに入っていくことや、医師が常時いないことに不安を感じる者も多い。また雇う側と自分の看護業務に

対するイメージの差が大きく、「看護業務が理解されない」、「評価されない」という不満をもちやすい。また医療機関から離れていると、今の医療のことがわからなくなり、仲間からとり残されてしまうように感じる人も少なくない。給与水準の低さに加え、こうした事情も看護職員の採用・定着のマイナス要因になっていると考えられる。

4. 老人保健施設

昭和61年12月の老人保健法改定により、老人保健施設が創設され、1年間の試行を経て、63年度より本格実施に入ることになっている。これは、在宅医療推進と並び病院への長期入院に歯止めをかけるための施策であり、いわゆる「社会的入院」の受け皿と考えられている。厚生省の計画では、寝たきり老人等要介護老人の約3割を老人保健施設で受け入れることを目途に、病院や診療所の既存病床の転換も含め、昭和75年には26万～30万床を整備する考えである（表7参照）。

老人保健施設の病床をこれだけ整備しても、病院への長期入院が抑えられる程度で、老人入院患者数自体は増える見込みであるから、老人保健施設に必要なマンパワーを病院・診療所からの移動に求めることはできない。26万～30万床分まるとマンパワーの確保が必要となる。

老人保健施設は医療ニーズと生活ニーズの両方に応える施設とされ、看護・介護職員の配置基準は、入所者が3.6またはその端数を増すごとに1以上、看護婦・准看護婦と介護職員の比率は、2

表7 要介護老人数・老人保健施設等の見通し
（単位：万人）

昭和 年度	65歳以 上人口	要介護 老人数	老人保 健施設	福祉サ ービス 等 (注1)	老 人 入 院 患者数	うち長期 入院 患者数 (注2)
61	1,300	60	—	35	50	25
65	1,400	70	5	40	55	25
70	1,700	85	15～17	49～51	59～61	18～20
75	2,000	100	26～30	57～61	57～71	10～14

(注) (1) 福祉サービスには、在宅福祉対策（デイサービス、ショートステイ、家庭奉仕員等）、特別養護老人ホーム、ヘルス事業等を含む。

(2) 長期入院患者は入院期間6ヵ月以上の者。

(資料) 厚生省老人保健部調べ。

対5程度とされている。

この基準をもとに計算すると、26万床に必要な看護婦・准看護婦の数は2万を超える。

就職先として老人保健施設を選ぶ看護職員がどれくらい出てくるかは、病院・診療所と比べての給与水準（そのもとになる財源）の問題に加え、先に述べた老人ホームの場合と同様、看護職員の価値観の問題がある。高度医療優先の考え方を脱却し、ケア中心の老人看護を前向きに選ぶ看護職員が増えなければ、老人保健施設の看護マンパワーの確保は質量ともに困難といえよう。

5. 産業保健

労働安全衛生法は、労働者の健康障害の防止、健康保持増進のための措置をとるよう事業主に義務づけている。その内容は、作業環境、作業条件にかかわる問題の把握・改善・教育、個々の労働者に対する健康診断、保健指導、健康増進のための体育・レクリエーション活動などきわめて幅が広い（以下、一括して産業保健という）。そして、常時50人以上の労働者を使用する事業所において、これらの業務を管理する「衛生管理者」を選任することを義務づけている。

この分野の主たる担い手は、欧米では産業医（Industrial physician）と産業保健婦（Industrial nurse）である。しかし日本の場合、事務系または技術系の従業員に短期の研修を受けさせ、衛生管理者の資格をとらせたうえで衛生管理者に選任する場合が多い。

衛生管理者とは別に、従業員50人以上の事業所では産業医を選任することが義務づけられており、1,000人以上の事業所または一定の有害な業務に常時500人以上使用する事業所では、産業医は専属でなければならないことになっている。しかし看護職員配置の規定はない。

産業医学振興財団が昭和60年3月に行った調査⁸⁾によれば、非専属の産業医がいる事業所535ヵ所に就業している看護職員は、あわせて保健婦32人、看護婦88人であった。専属の医師がいる事業所では、もっと多くの看護職員を採用していると推測されるが、事業所全体から見ると看護職員

を配置している企業はまだ少ない。

しかし近年、保健婦、看護婦を求める企業は増えているようである。それは、産業保健の重点が、物理的環境や作業条件の改善および健康診断から、個々人に対する保健指導に移ってきているためであろう。その背景には、労働力人口に占める高齢者の割合が急増するなかで、病気と健康の境にあって働いている人々の職場適応や健康の自己管理、さらにそれ以前の成人病予防が重視されるようになったという事情がある。

本年5月、労働安全衛生法が一部改正されたが、これは労働災害の防止および健康診断から一步すすめて、労働者の健康の保持増進を図ることを意図した改正であり、健康教育、健康相談に関する規定が追加された。

労働安全衛生法は労働省の管轄であるが、厚生省も昭和62年12月、健康保健組合の事業運営基準の改正を行った。これは、①健康保健組合が職場の健康管理活動の中心的な役割を果たすべきである、②従来の検診重視から保健指導重視を志向し、保健施設事業を充実すべきである、との認識に基づくものであった。そして基準のなかに、「保健施設事業の推進のために保健婦を配置するよう努めること。配置に当たっては、保健婦が健康教育、健康相談等の活動を行うに当り、その専門機能を十分発揮できるよう配慮すること」、「組合等の病院、診療所又は健康管理センター等に勤務する看護婦及び栄養士の有効な活用に努めること」が明記された。

この分野で働く保健婦、看護婦の就業先は、健康保険組合、企業、あるいは官庁に所属する健康管理センター、医務室、診療所、あるいは総務部・人事部等である。企業より検診や健康管理業務全般を請け負っている労働衛生団体や病院健康管理センター等に属する看護職員も、産業保健にかかわっている。これらの看護職員数をあわせるとどれくらいになるかは不明である。厚生省「衛生行政業務報告」には、保健婦の場合のみ就業先に「事業所」という分類があり、1,080人（昭和61年末）が計上されている。ただし企業内病院・診療所に属し産業保健にかかわっている保健婦の

数は不明である。また看護婦についてはいっさい不明であるが、産業保健にかかわっている看護婦の数は保健婦の数より多いと推測される。

今後産業保健の分野での看護職員の需要は増大し、その確保対策が必要と思われるが、現状は就業者数すらつかめない実情である。また看護学校や保健婦学校において、産業保健に関する関心や知識・技術を育む内容が乏しいことも問題となるう。

6. シルバー産業、健康産業など

厚生省は、購買力のある高齢者を対象とするさまざまな援助サービスに民間企業が取り組むことを期待し、奨励している。いわゆるシルバー産業である。また、健康管理サービスを伴ったスポーツクラブ、ウェルネス施設などの健康産業も隆盛している。これら民間企業での看護職員の需要も増えると思われるが、現状すらまだまったくつかめていない。

IV 新たな分野における看護サービス および看護職員の働き方の特徴

以上見てきたような分野での看護職員の確保については、医療施設の場合とは異なるいくつかの問題がある。次節でそれを考察するに先立って、これらの分野における看護サービスの特徴を医療施設の場合との対比においておさえておきたい。というのは、マンパワー確保の問題は、サービスの特徴と密接にかかわっているからである。

まず第1に、家庭や職場など、人々の日常生活の場で提供されるサービスであること。施設収容型のサービスであっても、入所者にとっては生活の場であることが強調されている。これに対し病院では、秩序や物的環境等すべてが疾病の治療を効率よく行うことを第一義として整えられ、そのための患者の日常生活はさまざまな制約を受けざるをえない。入院中の患者は、治療のために日常的生活を一時中断することになる。

ところで、治療技術がどんなに発達しても、というより発達すればするほど、慢性化した疾患や

後遺症をもちながら生き続ける人は増加する。これらの人々にとっては、食事、睡眠、清潔、休養、労働等、日常生活面における注意が、疾病の悪化防止や改善と密接に結びついている。したがって日常生活に即した健康相談・指導等のサービスが大切であり、また高齢者や障害者などに対しては日常的な介護に関するサービスと健康面のサービスとは切り離せない。

このように考えるとき、人々の日常生活の場で提供される看護サービスは今後ますます重要なものとなる。

第2の特徴は、第1にあげた特徴と密接に関係しているが、看護職員の分担する業務領域はいまいあるいは流動的であるということである。

人々の日常生活につながったサービスは、特別な資格をもった者だけでなく、誰でも参加できるし、また誰でも参加できることに意義があるといえよう。しかしそれだけに、専門家が担う部分と非専門家、あるいは家族が担う部分との重なりが大きく、有資格看護職にのみ許される業務領域を明確に定めることはむずかしい。

医療施設では、「診療の介助」と「患者の世話」が看護婦の業務とされ、前者は医師の指示で行われ、後者は看護職有資格者とその指示下にある無資格の看護助手によって担われている。

ところが医療施設の外に出れば、看護職員以外にも寮母、ヘルパー、生活指導員、ケースワーカーなど、老人や障害者を世話したり相談に応じるさまざまな職種が存在する。また介護福祉士の制度化もなされた。そしてこれらの職種は指示一被指示の関係にあるわけではなく、かつ業務の重なりも大きい。

第3の特徴は、医師からの独立性が高いことである。

医療施設にあっては、看護職員は物理的にも医師に近いところにおり、医師の判断をあおぐ、あるいは医師の指示を実行に移すという仕事かなりの部分を占めている。しかし前節で取り上げた分野はいずれも、医師から離れたところで、自らの判断で仕事をすることが多い。

以上のような特徴をもっているため、実際に看

護職員がはたしている役割や働き方は、他職種との関係、雇用主の考え方、その他働く場の諸事情や、本人の考え方、実力等によって大きな差が生じている。

たとえば訪問看護や訪問指導についていうなら、医師往診の有無や本人の考え方（その背景にある以前の就業場所）によって、看護職員がどこまで医療的処置を行うかに相当な開きがある。他方では、ヘルパーの援助が容易に得られないような地域では、ヘルパーに任せてもいいような業務をせざるをえないこともある（日本看護協会「昭和62年訪問指導従事者の実態及び意識に関する調査」⁹⁾を参照されたい）。

また個々人の経験や実力が大きく物をいう世界でもある。筆者が直接見聞きしたかぎり、経験豊かで実力をもった人がこれらの分野に入った場合、医療施設にいたときと比べ、治療にふりまわされない分じっくり看護に取り組めるし、主体性が発揮できやりがいを感じるといっている。そして、看護職でこそという働きを示し、他職種からも認められている。しかし反対に、医師の判断が得られないことや業務領域が明確でないことに不安をもったり、周りの人に看護の仕事が理解してもらえないという不満をもっている人、そして自分の業務を狭く限定したり、誰にでもできる雑用に追われている人も少なくない。

V 新たな分野における看護職員確保上の問題点

第Ⅲ節で取り上げた分野で今後必要とされる看護職員の数には、相当膨大なものになると考えられる。しかしその確保は、先に見たとおり、それぞれにさまざまな困難がある。ここでは、共通する問題点を取り上げ考察したい。

その1つは、医療施設の看護職員と比べ、給与水準が概して低いということである。その背後には、人件費の財源が乏しいという問題がある。このことが看護職員確保を困難にしてきた最大の原因といえるだろう。

第2の問題点は、非常勤者の比重が高いという

ことである。

その典型は訪問指導事業である。訪問指導事業は看護職員が主力の事業であるにもかかわらず、非常勤の雇用形態があたりまえとなっている。それは、いわゆる「看護婦不足」といわれた時代に、免許をもちながら結婚、子育て等で家庭に入った看護職員を活用する方法としてスタートしたと思われるが、今や定員枠を広げることなく事業を広げる手段、あるいは少ない人件費である程度経験のある人を雇うための手段といった色彩が強い。そしてそのことが、かえって看護職員確保のネックになっている面すらある。すなわち、訪問指導に就きたいが非常勤では給与が少なすぎるし、仕事にも限界があると考える人は少なくないが、常勤の働き口がなかなかみつからないのが現状である。

また、非常勤では社会保険などの保障が不十分なため、夫の被扶養家族でいられる収入限度内で働くことを希望する人が多く、したがって1人の稼働量も少なくなる（前掲、日本看護協会「訪問指導従事者の実態及び意識に関する調査」によれば、非常勤で訪問指導に従事している者のうち、収入が被扶養家族でいられる限度以下の者は約7割にのぼる。他方、非常勤の身分ではあるが実質的には常勤者と変わらない勤務をしている者もいる。これらを含め訪問件数は1人当たり平均月18件であり、1日2件として稼働日数9日である）。

第3の問題は、看護職員の活用が雇用主の恣意にまかされやすいということである。雇用主にとって看護業務がイメージしにくいという点、前節で述べたように、看護職員の業務範囲が不明確で他職種との境界があいまいなため、看護職員が確保できないならできないままですませたり、保健婦が確保できないなら看護婦、看護婦が確保できないなら准看護婦という考え方が容易に出てくる。また看護職員を雇用した場合でも、看護職員に何を期待するかは雇用主によって差が大きい。

第4の問題として、看護職員の多くに医療優先の考え方があり、先に見たような医療以外の分野への就業を希望する看護職員が必ずしも多くないことがあげられる。看護教育においても、これら

の分野で働く人材の育成ということにはあまり目が向いていない。

以上のような状況が続くかぎり、看護職員が誇りを持ち、腰をおちつけて業務に取り組むのを期待するのはむずかしい。

おわりに

日本の施設医療は、病床数といい、技術水準といい、どの国にもひけをとらないほど発達したが、社会福祉サービスについてはヨーロッパ諸国と比べ大幅な遅れをとっている。そのことは、いわゆる「社会的入院」など、社会福祉で解決すべき問題が医療の場にもち込まれる結果をもたらしている。

日常生活面で自立できず「社会的入院」を続ける人々にとって、病気そのものは自立を阻む諸々の要因のひとつにすぎない。彼らにとって必要なのは、諸々の生活面の援助である。医療も必要であるが、医療が必要なのではない。しかし彼らが入院を続ける以上、もっぱら医療の対象となってしまう。

人口高齢化、疾病構造の変化に対応すべく、治療中心、施設医療偏重の保健医療サービス供給構造の変革が必要といわれている。しかし、そのようなサービス供給構造が作ってきた看護マンパワー供給構造がサービス供給構造変革のネックとなりうる。したがって、マンパワー供給構造の意図的な変革が必要である。

医療施設以外の分野における看護職員の確保に

ついて思い切った対策を立てるべきである。その際、養成拡大のみならず、マンパワーの再配分という視点も必要であろう。そしてそれには、人件費財源の再配分が不可欠である。

奥村元子（第Ⅰ節～第Ⅱ節2まで）
岩下清子（第Ⅱ節3～第Ⅴ節）

注

- 1) 日本看護協会「昭和60年会員実態調査」『日本看護協会調査研究報告』No. 24, 1986年11月。
- 2) 日本看護協会「昭和62年病院看護基礎調査」『日本看護協会調査研究報告』No. 28, 1988年11月（刊行予定）。
- 3) 日本看護協会「昭和60年老人保健事業における保健婦活動調査」『日本看護協会調査研究報告』No. 23, 1986年11月。
- 4) 日本看護協会「昭和60年病院における訪問看護実施状況調査」『日本看護協会調査研究報告』No. 22, 1986年6月。
- 5) 鎌田ケイ子, 大淵律子, 巻田ふき「特別養護老人ホームにおける看護の実態調査」『老人福祉』第75号, 全国社会福祉協議会・老人福祉施設協議会, 1987年2月。
- 6) 全国社会福祉協議会・老人福祉施設協議会「全国デイ・サービスセンター実態調査」『月刊福祉』第71巻第7号, 全国社会福祉協議会, 1988年6月。
- 7) 全国病院労務管理学会編「1987年版 病院給与・労働条件実態調査」, 東京都病院協会, 1987年2月。
- 8) 産業医学振興財団「事業場における産業医等の活動に関する調査報告」1986年6月。
- 9) 日本看護協会「昭和62年訪問指導従事者の実態及び意識に関する調査」『日本看護協会調査研究報告』No. 26, 1988年7月。

(いわした・きよこ 日本看護協会調査研究室長)
(おくむら・もとこ

日本看護協会調査研究室研究員)