

昭和20年代から40年代の 小規模自治体における保健福祉活動 —長野県の保健婦の活動を調査して—

和田 謙一郎・宮本 教代

本稿では、社会福祉にかかわる調査研究する立場から、小規模自治体（寒冷地帯・豪雪地帯中心）で保健婦（師）活動を永年継続してきた者の生活歴をたどる。あわせて、これらの保健婦の活動に、戦後の新しい保健婦教育、保健婦助産婦看護婦法の施行、また社会福祉関係法がどのように影響してきたのか、他方で、老人福祉法が施行されるに至るまでの社会資源が非常に乏しい時期に、調査対象となる寒冷小規模自治体において様々な活動を続けてきた保健婦たちが、在宅での看護・介護を必要としている高齢者をどのようなまなざしで見守り、活動してきたかを検討する。現段階では、一定地域しか調査ができていない。ただし、そこには、特に戦後ひとり歩きを始めた保健婦がいた。本来あるべき保健婦の活動を意識してか、それとも新しい地域保健福祉の展開を期待してかは不明である。しかし、後の訪問看護や訪問介護につながる活動を積極的に行うと同時に、誇りをもって地域のなかで、まずは保健婦としての相談援助活動を展開してきたことは確かな事実として存在していた。

キーワード：小規模自治体、保健婦助産婦看護婦法（保健師助産師看護師法）、保健指導、訪問看護、訪問介護、連携・協働

（本稿の一部については、日本社会福祉学会第56回・第57回全国大会にて発表した内容も含む）

1. はじめに
2. 研究手法と倫理的配慮
3. 調査・研究の現段階での報告
 - 1) 対象地域の概要
 - 2) 各保健婦の生活歴
4. 戦後の保健婦教育と地域保健福祉活動
 - 1) 「保健婦助産婦看護婦法」制定時の保健婦教育
 - 2) 各保健婦の地域での活動への影響
5. 老人福祉法施行前後の各自治体の動向
 - 1) 家庭養護婦派遣制度について
 - 2) 家庭奉仕員制度について

- 3) 保健補導員制度について
6. 時代背景を眺めながらの「家族看護」と「訪問看護」、そして「介護」
 - 1) 厚生省関係通達、長野県と厚生省問答等より
 - 2) 当時の保健婦のホームヘルパー（家庭奉仕員）に対する意識
 - 3) A保健婦の活動時期とその時期に実践したもの
7. むすびにかえて

註

1. はじめに

戦後に著しくなる核家族化の進展は、家族主義的な高齢者の扶養の基盤を揺るがせ、高齢者の生活の不安定化をもたらした。このような高齢者を取り巻く社会状況の変化のなかで、わが国におけるいわゆる「訪問介護サービス」的なものは、1956年に「家庭養護婦派遣事業」が長野県で実施されたのが始まりといわれている。

上田市、諏訪市など（いわゆる長野県の17市町村）が、各市町村社会福祉協議会に業務委託し、社会福祉協議会が実施主体となって進められた在宅生活を支援する家庭養護婦派遣事業の取り組み、また老人クラブの活動などから、高齢者の社会的援助を一般対策として行うための法制化に関心が高まった。

なお、この家庭養護婦派遣事業は、1956（昭和31）年に長野県が「長野県家庭養護婦派遣補助要綱」を告示し、わが国で初めての「ホームヘルプ事業」として実施された。やがて、1963（昭和38）年に老人福祉法が制定され、高齢者を対象とした支援制度が形成されることになった。この事業は各地に広がり、老人福祉法において「ホームヘルパー（家庭奉仕員）派遣事業」として国の制度となったのである。

このような法形成過程において、専門職や地域住民の働きは大きかった。しかし、福祉専門職が充実していなかった当時の時代背景に執筆者は注目した。長野県の17市町村以外の小規模自治体においても保健婦（現・保健師、以下、原則として保健婦で統一）、それは、今後の調査研究のなかで保健所保健婦と市町村保健婦（国保保健婦）を分けて役割や活動等の異同を確認する必要があるが、それら保健婦たちの何らかのアクションが、地域住民に大きな影響を与えたのではないかと執筆者は仮説をたてた。また、「保健婦助産婦看護婦法」制定前、つまり戦前からの保健婦と、1948（昭和23）年の法制定施行後に資格を取得した保健婦にも、その考え方や活動に異同があるのではないかと考えた。

本稿は、以上のことを念頭に置きながらも、昭和20年代から40年代の寒冷地である長野県における小規模自治体における高齢者の保健福祉活動の動向を明らかにし、老人福祉法という制度をつくり上げる原動力となったといわれている当時の専門職としての活動などを可能な限り把握していくことを目的とした。

2. 研究手法と倫理的配慮

1) 研究手法

老人福祉法の制定前後において「家庭養護婦派遣事業」は、社会福祉協議会が実施主体となって進められてきた。しかし、地域住民の福祉ニーズの支援を行うにあたっては、当時の時代背景を考慮した場合に、「保健指導」等とその業務のひとつにしていた保健婦の活動が、それら支援に直接・間接に影響を与えていたのではないかと考えた。そこで、当時、保健婦として地域住民を見守ってきたという実在の人物を複数名探し出し、断続的に聞き取り調査を行った。同時に、当時の保健婦に関する資料、及び行政資料を解析した。

2) 倫理的配慮

各人には情報公開も可能とのご理解も得たが、個人に対する聞き取り調査であるため、個人情報情報を本研究以外には使用しないこと、及び、原則として個人が特定できないような配慮を行うことを伝え、各保健婦（師）の承諾を得た。

3. 調査・研究の現段階での報告

調査対象が広範囲となり、現在も断続的な調査を行っているために、あえて「現段階での報告」という言葉を使用する。なお、聞き取り調査については、調査対象者の記憶を尊重しつつも、戦後直後のことなどについては時間も経過しているので、資料等で補う場合がある。

本稿では実在の保健婦（師）が登場するが、主に、

A 保健婦（70歳代・X市）、

B 保健婦（90歳代・Y村）、

C 保健師（旧・保健婦）（50歳代・Y村）、

とする。

1) 対象地域の概要

公的機関等にも協力の依頼をし、長野県の二か所の地域において、当時、保健婦として地域住民を見守ったという実在の人物やその周辺の関係者を捜し、聞き取り調査を行った。

（X市とは）

A 保健婦が活動したX市は、標高679m、市の中央部を大きな川が流れる高原都市である。長野県の東部に位置し面積98.66km²である。市域は2市1町1村に接している。人口4万人中頃、一世帯当たり平均人口2.56人の市である（2006〈平成18〉年度）。なお、A保健婦の聞き取り調査に訪問した日の早朝は-13.0℃であった。豪雪地帯ではないが寒冷地帯である。

A保健婦の聞き取りのなかで、「おかいこさん」がでてくる。長野県は養蚕業が盛んであったことから、X市の生活を知る資料になると考え「養蚕業」の歴史に少しふれておく。

第一次世界大戦の不況のなかで、養蚕業は唯一の有利な農業として重要性を増し、養蚕農家は好況であった。しかし、1929（昭和4）年の世界恐慌で生糸の価格は暴落し、日本は大打撃を受けた。X市も1930（昭和5）年を最高にしてその後は減少の一途をたどっていた。当時、

ほとんどの農家は収入を養蚕に頼っていたからこのときの繭価の大暴落を境にして、農家経済は転換を余儀なくされた。

窮状を救うために養蚕の縮小、桑園の整理を行い、小麦などの栽培を行い、明治以来増加をしつづけた桑園も減少する一方となった。日本は戦時体制に入り、最大の生糸輸出国であるアメリカ合衆国へは輸出が困難になった。また、食料増産の必要性から1941（昭和16）年に作付統制令が公布されたために、桑園はさらに大幅に縮小された。終戦後は化学繊維の発達があり、養蚕業の復興には至らなかった。

戦後の生糸は国内用に使用され、食料事情の好転と共に養蚕は一時復活した。その回復は1949（昭和24）年以來顕著となった。しかし、その後は日本も化学繊維の普及と共に生糸の需要が減り、養蚕業が次第に衰退し、1960（昭和40）年代には530ヘクタールあった桑園も他の畑に変わり、1997（平成9）年にはわずか2ヘクタールとなっている。

このように、養蚕業はこの地方にとっては大きな収入源であり、また家族総出の労働力を必要とする産業でもあった。家族の誰かが病気になり、たとえ家族に要介護者がでたとしても、養蚕業を中心としたこの地域では、家族で介護をするという意識はほとんどなく⁽¹⁾（仕事優先が当然の時代であった。このような状況に疑問をもち、「寝かせきり」に目を向けて行動を起こしていったのがA保健婦たちであった。

（Y村とは）

一方、B保健婦がかつて活動し、また、C保健師が現在活動中（調査時に、近々定年ということ伺ったが、20代の若い保健師2名と交代予定とのことであった）であるY村は、長野県の最北端であり、新潟県との県境に位置している。東西19.1km、南北33.7km、周囲106.0km、面積271.51km²であるが、その92.8%は山林原野である。大きな川のひとつは東西を横断し、他のふたつの川は南北は縦断して流れ、それらの川の沿岸平坦部に31の集落が点在している。村の南部は2,000m級の山々が連なる山岳地帯のために、日本有数の豪雪地として有名である。1945（昭和20）年には観測史上最高の7m85cmを記録し、観測地であった場所には当時の積雪と同じ高さの標柱が建ち、当時の積雪量の多さが伺える。なお、平年2～3mの積雪がある。

1956（昭和31）年に二つの村が合併し発足した村である。合併当時の人口は7,972人、1,294世帯であった。2008（平成20）年8月1日現在、人口2,400人強、900世帯強ある。高齢化率は42.27%（2006〈平成18〉年4月1日現在）である⁽²⁾。豊かな自然と温泉資源に恵まれ、新潟県との両県でひとつの温泉郷を形成している地域である。

2) 各保健婦の生活歴

〈X市・A保健婦について〉

A保健婦は、1930年代生まれである。現在70歳代である。現在も、週に1回産業保健指導を行っている。最近は、以前から続けている障がい者へのボランティア活動が主な活動になっている。1954（昭和29）年に新制高等学校を卒業し、3年後に看護学校で「看護婦」資格を取得している。続いて保健婦専門学院にて「保健婦」の資格を取得し、X市に入職したのが1959（昭和34）年である。保健婦資格取得後、現職時代から現在に至るまで約50年にわたり活動している⁽³⁾。

A保健婦は、父親の転勤により終戦直前に長野県に転入して来た。地域の保健婦になりたいとの思いから、昭和34年5月にX市役所に保健婦として入職した。そこにはA保健婦を含めて3人の保健婦がいた（旧保健婦制度による者が2名。A保健婦のみ昭和23年制定の保健婦助産婦看護婦法による新法下の保健婦）。当時のX市役所自体が、保健婦の業務内容がどのようなものであるか手探り状態であり、前任の保健婦は机がなく家庭を回っていればいいと言われたとA保健婦は当時を振り返っていた。そこでは、A保健婦はX市を知ることが必要と考え、地域を回ることから活動を始めた。

当時は、地域住民のほとんどが貧しく、特に「結核」患者が多かった。家で飼っている鶏の卵も結局は売り物となり、栄養状態が非常に悪かった。感染症である結核患者には、庭にバンガローを貸し出して、りんご箱を逆さにして「と板」をのせてその上に畳を一枚敷き、布団を敷いて寝かせていた。患者の家族にベッドの作り方を教え、一方で、部屋がたくさんある家庭は、その一部屋に寝かせたが、家庭内感染しないように隔離をして結核の療養を指導してきた。

ただし、結核等を除いては、本稿の調査対象となった時代は、実は、長期間「寝たきりの人」は少なかった。つまり、「脳卒中」（脳血管障害、当時の行政資料では「中風」と表現されている）等で倒れても適切な医療を受けることもなく、一週間食事も思うようにとることができず死亡していった。それが当然の時代であり、脳卒中等で倒れた高齢者が仮に意識を戻しても、静かに自分の死を受け入れていった⁽⁴⁾。

A保健婦の独自の活動は以下のようなものである。

「実際に、家庭を回ると多くの課題があった。子どもを丈夫に育てることを主にして、子どもの生まれた家庭を回っていたが、放っておけない人がいっぱいいた。」

「保健婦たちが連絡を取りながら活動を始めた頃は、高齢者はあまりみかけず、新妻や子どもが中心であった。そのうちに口コミで高齢者のいる家分かってきた。また、寝たきりの人がいることも近所の人話から分かってきた。村の中であの人によくしてもらったと口コミで広がっていき、医者にかかっているのだから来て欲しいといわれた。高齢夫婦が寝込んでいると聞き、訪問して奉仕員につないだこともあった。冬は雪の中をバスで回った。50年前の活動は、社会福祉協議会と関係なしに独自で動いた。（傍点執筆者）」

「同じ昭和36年頃だが、村にある国民健康保険の診療所の医師と一緒に地域で活動した。その医師も今は高齢になっている。（当時は）脳卒中で倒れるとそのまま寝かせきり。家族は、介護をしている時間はなかった。自然淘汰。長期の介護はなかった。寝かせきりは、入りの土間の横の部屋に布団を敷いて寝かせると、入り口なので人がこんにちはと挨拶をしてしゃべる。留守番にもなる。自分が毎日訪問するからと言って、奥の部屋に寝ていた人を移動させた。」

繰り返しになるが、当時は、長期の介護はほとんどみられない。そうであったから介護問題もクローズアップされなかった。よほど重症でない限り、医療機関で受診することもない（できない）時代であった。高齢である家族が脳卒中等で倒れても、家族は畑仕事があり、家族のひとり一人が農作業の大事な働き手である。家族の生活がかかっているために、介護に人手を要する時間はなく、家の奥の部屋で寝かせきりになってしまうことが一般的であった。当時は、

このような「寝かせきり」が虐待（ネグレクト）であるとの意識はなかったし、それが大きな問題であったとも現在であるからこそ言えるが、当時のA保健婦の活動はそれらを少しでも防止することにつながった。

ちなみに、1994（平成6）年の『国民生活白書』にも、「高齢者の介護は昔からあった困難な問題であると思われがちであるが、実はそれほど古い問題ではない」とされている。「寝たきり老人」は「寝かせきり老人」であり、「寝たきり老人」は問題であると意識されるようになるのは、1980（昭和55）年頃になってからである⁽⁵⁾。

なお、時代は前後するが、昭和30年代は認知症（当時の痴呆症）の人はいないというより、他の疾患・障がいとの区別がつかなかった時代でもあった。いわゆる「座敷牢」も存在していた。長寿ではないが、少し認知症の症状が表出すると、家族は認知症患者を奥の部屋に隠した。当時は、障がいや疾病（特に結核）は恥ずかしいものとして奥の部屋や別棟に隠そうとする時代であったのである。

そこで、相談援助を必要とする家庭を訪問するために、全域を訪問して、一方で近隣に気づかれないような配慮をA保健婦は心掛けた。A保健婦によると、それら対象者を「探し出すことや探し出して相談にのるが、訪問することに注意をした（傍点執筆者）。なにかあるから保健婦が来るといわれるといけないので、すべての家を訪問するといって、そのような家庭を訪問した。春と秋の年2回の大掃除が訪問のよいチャンスだった。衛生検査もあったので、市の衛生士さんと一緒に訪問した。」と、訪問時の気配りを強調していた。

他方で、当時は、バスの便がなく徒歩で地域を訪問していた時期もあったが、この歩いて回る訪問は、地域の人たちとのコミュニケーションを図るには好都合であった。地域住民との関係が構築しやすく、また、田圃のあぜ道で生活場面面接らしきことを行うといったこともできた。地域住民のひとり一人の生活や思いを実感でき、個々の生活史の理解へとつながっていった。こうして、よりの確な相談援助の実践が可能となった。

本来、貧困を背景にして乳幼児や妊産婦などの相談援助が保健指導の対象であったが、各地域で活動しているA保健婦の姿を住民達が目にすることや、訪問のことが口コミで広がっていったことから、住民からA保健婦は直接依頼を受けるようになった。

このような、A保健婦の障がいや疾病はもちろん「人」をみるという専門職としての積極的な活動は、現在でも必要なものである。もちろん介入のしすぎではない。ニーズに応じた活動である。仮に、こうした専門職の積極的な活動があれば、最近、急増している高齢者虐待等は、未然に防ぐことができるが、もちろん専門職としての資質が問われるとことも言うまでもない。（なお、当時の保健婦等のなかには、以上のことを「専門職のおせっかい」と表現している者もいたようである。もちろん、保健婦という専門職は「おせっかい」を行う職業ではない。地域の社会資源をよく把握していた保健婦が、アウトリーチからはじまり、地域住民と適切な距離を保ちつつも何かあればすぐに駆けつける状態、つまり、地域住民の自己決定も最優先と考えながらも、信頼される立場として少しばかりその場では助言することが目立つことを善意に捉え、「専門職のおせっかい」と表現していたのかもしれない。）

ちなみに、X市で、「家庭奉仕員制度」が始まり、昭和42年5月21日に家庭奉仕員が採用され、

その制度はひとりで始められた。当初は家庭のことができる人が採用条件であった。「ひとりで何をしたいのか分からない、不安があるということで、その人に誘われて、一緒にバスで大きな荷物を持って家庭を回った。自分は血圧計などを持ってついて行った。バスが移動手段なので、(バスの時間に合わせて)忙しいから、お勝手を片付ける、洗濯もする。自分も手伝って奉仕員とは仲良くしていた。楽しみにして、みんな待っていた。昭和61年ごろから(当地でも)ホームヘルパーといわれ講習を受けて資格をとって仕事をするようになったが、家庭訪問をするようになったこの頃から、X市社会福祉協議会から正式に依頼があり、関係ができていった。」と、A保健婦から当時の活動、家庭奉仕員との協働の様子を伺った。

最後に、A保健婦の活動と地域にある医療機関との関係をみってみる。

1959(昭和34)年に国民健康保険組合立のある病院に、1960(翌35)年に長野県厚生連の総合病院の分院としてX分院(現X病院)が開院されたことは、A保健婦の活動に好影響をもたらした。

長野県厚生連の総合病院は農村医療の分野に力をいれた。はやくから地域医療を行うなど先導者としてその院長は有名である。

農村医療という視点から学ぶものがあつたようであるが、保健婦として、国民健康保険組合立のある病院の院長からの影響がより大きかつたようである。その院長の指導のもとで、「一部屋暖房運動」などを地域において実践していった。また、地域医療の向上、地域住民の健康増進を図ることを目的とする診療所とのつながりも深く、その院長の指導のもとで、診療所の医師と共に活動したことが、A保健婦の話に何度も出てきた。脳卒中(脳血管障害)の予防として、現在でいう生活リハビリや塩分を摂り過ぎないように食事指導など、早朝の時間もしくは夜遅くなど、地域の人が集まりやすい時間帯に集会所で指導した。

1949(昭和24)年、住民組織として「保健補導員」制度が、ある地区において始まったが、この制度も、後に、A保健婦がリーダーとなってX市で実践していった。前述したが、健康への意識向上と、そこから広がるネットワークにより、地域住民相互の見守りの役割を果たす効果も見られたのである。A保健婦への聞き取り調査のなかで周辺地域の人物もでてきたが、情報の発達していない時代でも社会資源を先取りしていったのである。

以上のように、A保健婦は、情報が豊かではない時代であるにも関わらず、積極的に地域を見守り、地域にある数少ない社会資源を有効に活用してきたといえる。

〈Y村・B保健婦について〉

B保健婦は、1910(大正時代)年代に生まれ、現在90歳代である。週末に子どもの家族と過ごす以外は現在も家事をこなし、近隣との交流を楽しみながら独居生活を送っている。

B保健婦は、1935(昭和10)年に信濃衛生助産看護学講習所を卒業して看護婦と助産婦試験に合格し、1942(昭和17)年に保健婦試験に合格した。

1937(昭和12)年に長野県警察部衛生課所属の村の診療所に入職した。その後、数年は県立病院の看護婦として勤務し、1945(昭和20)年から村の保健婦として活動した。1947(昭和22)年から、生まれ故郷の村の技術吏員保健婦となり、1978(昭和53)年に定年退職となった。

その後も同じ居住地で地域活動をしながらい現在に至っている。

B保健婦の活動は、「赤痢」の集団発生対策をはじめとした感染予防から始まった。その後は、生活改良普及員と共に寄生虫対策等、公衆衛生活動を積極的に行った。また、母子保健に対しては多大な熱意を示し、村長と共に保健学習会なども開き、やがて村に「母子保健センター」を設置、村内の開業助産婦には安定した収入と職場環境を、産婦には安全な分娩環境と十分な静養時間の確保、さらに低所得者には措置入所により費用の心配をなくすようなことを実践した。

1953（昭和28）年、村に国民健康保険組合の診療所が設置されたが、肝心の医師が定着しなかったという。へき地であり、冬季は雪で閉ざされるために医師だけではなく医療機関の相談員やケースワーカーも足を運ぶことがほとんどなかった。無医村地区であり、しかも広大な地域をひとりで活動しなければならず、時には弱音を吐きたくなるようなときもあったというが、婦人会に入会し輪を広げることからそのなかで協力者を求め、時には、県政懇談会にへき地保健婦として出席し、冬季の医療問題と豪雪の悩みを訴えるなどの努力をした。若妻会で衛生教育をする等、保健指導を主として実践してきたのである。

昭和40年代には村の人口が4,000人強のときに精神障害者が約30人確認されていたが、一人での対応は非常に酷であった。当時の「家庭奉仕員」は、一人暮らしの老人家庭をひとりで6世帯担当していたが、B保健婦にとってはそれがとてもうらやましく感じられた。なお、精神障害者に対しては住民の意識や理解が浅く、B保健婦にとって精神衛生活動は、保健婦としての大きな柱のひとつになった。

後進のC保健師（旧・保健婦）等を教育する一方で、B保健婦は、広大な地域を能率よく移動するために、晩年バイクの免許を取得し活動を続けた。このようなアクションが地域住民から信頼される要因のひとつとなった。

4. 戦後の保健婦教育と地域保健福祉活動

1) 「保健婦助産婦看護婦法」制定時の保健婦教育

「保健婦教本」というテキストがある。俗に「赤本」と呼ばれた保健婦養成テキストの前身（ダイジェスト版）ともいえるものであるが、わが国における保健婦教本は、占領下のわが国において、「公衆衛生院四ヶ月の再教育の生徒のために米國と日本の保健婦職員の手により完成されたもの」であり、当初は「五百部だけ印刷しまして一般に販賣するものではない」とされていた。後に、「赤本」つまり市販された「保健婦教本」が一般的なテキストになった。

占領下のアメリカの影響が大きかった時期の公衆衛生福祉（教育）の指導となるが、GHQ公衆衛生福祉部（Public Health & Welfare Section GHQ, SCAP. P H W）には11の課（Division）があり、各分野に大きく影響した。この11の課のなかの看護課（Nursing Affairs Division）が担当し、特に、グレース E. オルト看護課長（Grace E. Alt Chief）主導で米國保健婦協會編纂の「保健婦教本」⁽⁶⁾を使用して、わが国の保健婦（養成）の再教育が強化されたことになる。

ちなみに、わが国の保健婦事業は、1923（大正12）年の関東大震災の直後に、「恩賜財団済生会」による罹災者に対する「訪問看護」が始まりとされている。後に、農村部にもその事業は広がっ

ていくが、当時の名称は「保健婦、公衆衛生看護婦、保健指導婦、巡回看護婦」など様々であったし⁽⁷⁾、これら名称からも分かるように、その役割が明確にはなっていない。確かなことは、1937（昭和12）年制定の「保健所法」は戦時下ということや結核等を意識したものであった。なお、この時、「保健所法施行規則」により「保健婦」という名称が使用された。さらに、1941（昭和16）年制定の「保健婦規則」により保健婦資格が定められた。もっとも、戦時下の保健婦需要により、保健婦養成期間が短縮されていった。

1942（昭和17）年の国民医療法の制定により、1945（昭和20）年5月に新保健婦規則が制定され、同年6月に、保健婦養成所指定規程（それまでは、私立保健婦学校保健婦講習所指定規程）が制定された。この規程は、敗戦後の1947（昭和22）年3月に改正された。そして、1948（昭和23）年7月、「保健婦助産婦看護婦法」が制定されたのである。わが国の保健婦等の資格についてそれ以前の業務内容とは大幅な変化はないにもかかわらず、保健婦助産婦看護婦法は、それらの資質については大幅な向上をはかっており免許制度も厳しいものにした⁽⁸⁾といえる。

前述の保健婦教本はある程度、後の訪問看護を意識していたものである。また、「福祉」や「在宅の老人」も意識している。ちなみに、社会福祉については「社会事業」として11の課のうち Welfare Divisionで担当されており、ウイルソン（D.V.Wilson）が担当者であった⁽⁹⁾が、保健婦教本は、1943年にアメリカ合衆国で編纂されたものが基礎なので、そのなかで「福祉」と表現されているものは、保健婦による地域住民への接し方、方法論等を意識したものと思われる。また、在宅の老人を意識したことは、戦後統治下での医療関係者が不足するなか、伝染病予防や母子に対する保健指導等は当然として、絶対数が足りない保健婦について再教育を急ぎ、地域での巡回看護婦的な位置づけ（つまり、家庭看護の指導や訪問看護の役割）を考え、訪問看護（広義には介護も含む）にかかわる指導者としての位置づけも探ったものかもしれない。さらに、その後の地域保健福祉の新しい展開を期待させたものかもしれない⁽¹⁰⁾。

2) 各保健婦の地域での活動への影響

昭和30年代はまだまだ「結核」が多く、その予防に保健婦活動は大きな役割を果たしていた。ここでの対応に、A保健婦とB保健婦の違いがみられた。

B保健婦は、家族に対して結核患者の食事などの指導を中心としていた。その後、その地域で結核にかかわる旧来的保健活動の中心的な役割を担っていった。

A保健婦は、離れのある家にはそこへ移し、なければ役所からバンガローを借り出しそこへ移動させる隔離を指導した。自身の訪問時にも新聞紙を持参しそこに座って対応し、他の訪問宅への感染を防ぐ配慮をした。これは前述したG H Qが関与した保健婦教育の学習の手引きの中に記載されているものである。

戦後、新たに保健婦の役割を学んだという事実は、その後の活動内容に影響している可能性がある。しかし、あわせて、地理的・人的条件、地域の慣習、交通網の発展、時代背景、そして当時の社会資源等を熟慮した場合、当時の限られた条件の中で最大の活動を行っていた様子も伺えるのである。

B保健婦については、少しは交通が便利になったとはいえ、やはり冬季は積雪により閉ざさ

れてしまう「へき地」での活動である。現在Y村で活動しているC保健師の聞き取り調査をさせてもらったが、その閉鎖性が反対に地域の隅々まで把握し、住民と信頼関係を構築できる条件にもなった様子である。これらのことがB保健婦の活動の基礎にあり、C保健師たちが確実にそれらのことを受け継いでいることになる。

ここより再度、A保健婦からの聞き取り内容も参考にしながら論じていく。

後述する「保健補導員」の制度の導入は、長野県が一番早かったとされている。X市の保健補導員は、A保健婦が婦人会に声を掛け、地域の住民と保健婦のパイプ役になった者を保健補導員に要請するなどして制度を築いていった。保健補導員は各区に2人、任期は2年であった。順番に変わりいずれは全員が体験するものであった。地域住民は健康について知識が豊富になり、健康管理を意識するようになった。それだけでなく人間関係も構築され、つながりができていった。そのリーダーの役割をA保健婦が果たしてきたことになる。

「実際に自分が介護しなければわからない（傍点執筆）。人のことはわからない。自分の親や兄弟のことはどんな人でも（人から言われたら）腹が立つ。相手がどんなケースかを知っておかなければ、とんでもないことになる。娘か嫁かで介護の条件が違う。訪問した時には聞き手になること。両者の緩衝台になることも必要だと思う。ずけずけ入るのではなく、一線において接することが大切。人間関係も礼儀の上に成り立っていた。世間の目もあり、なんでヘルパーを頼むのか、反対に他人が入るのがいやだから頼まないという人もいる。その状況も理解しないとイケない。合併すると中心に寄せられ、自分たちでやっていた時のほうが細やかな対応ができた。人間関係ができていてよかった。」とのことであった。

A保健婦は、1967（昭和42）年5月、家庭奉仕員が来てからは一緒に活動をしたが、それまでは、保健婦だけで地域を訪問していた。X市は、社会福祉協議会の設立が遅く、その機能も周辺に理解されていなかったからである。

時期は遡るが、昭和30年代、地域の病院長をはじめとして、A保健婦は、各地区の国民健康保険の診療所の医師達と連携をとりながら、一部屋暖房などの地域活動をした。当時は地域に3つの診療所があったが、現在は1つの診療所だけであり、ほとんどS病院に委託している。区長、民生委員、衛生委員等とも地域活動を一緒に行ったそうである。

「X市にS病院のX分院（現・X厚生総合病院）が設立され、農村医療を中心に地域医療が率先された。その頃、農業が問題になったり、三ちゃん農業⁽¹¹⁾とって、体がくたびれるから地域で検診をしなければということがあり、こっちもやらなくてはいけなくなった。前出した地域の病院長の指導で、講習会や農村夏季大学の講習があった。そちらにも関わった。とにかくなにかやらなくてはいけない時代（だった）。いつとはなしにひとつになり、やってることが一緒だから。国民健康保険の加入者がどんどん減り、そのあたりから（地域医療が）崩れてきた。検診は各市町村ですが、検査は費用がかかり、それを各市町村の国民健康保険でもつようになると、今度はこちらが大変な時代になった。（医療費本人負担の）支払いが大変だった時代があった。その時は早期発見、早期治療ということで乗り切ろうとした。それは後で、病気にならないようにしように変わるが、とにかく検診受けたら、すぐ病院へ行け（と指導する時代だった）。まず、とにかく病院へ行けだった。今まで行かなかったから。昔は、医

療を受けさせることの方が大変だった。死ぬ時しか医者を呼ばない時代だから。それではいけないから早く（診療を）受けて、（病気を）見つけて、早く治療をして、早く元気になってになった。そのうち医療費が上がったので、国民健康保険のほうが（財政状態が）大変なので、予防医学になってきた。」と、A保健婦のそれまでの熱意が現在でも十分に伝わった。

「保健補導員」が早期にできたなかで、A保健婦は保健補導員の養成等をはじめ、この活動にも中心的存在として関わっていた。

「（保健補導員の養成は）やりがいがあるといえばやりがいがあった。自分にする気があればだけど。わからないうちに制度ができて、やれといわれてもやる方もわからないから、ああだこうだといってやる方もよかったかも知れない時代だった。」と、当時を振り返っていた。

5. 老人福祉法施行前後の各自治体の動向

1) 家庭養護婦派遣制度について

長野県は、1956（昭和31）年4月9日「家庭養護婦派遣事業補助要綱」を告示した。事業の運営は、「市町村社会福祉協議会家庭養護婦派遣事業実施要綱」に基づいて、市町村が社会福祉協議会に委託して実施するものであった。

長野県『厚生年報』によると、この家庭養護婦派遣制度は、1956（昭和31）年度より実施され母子、老人（高齢者）、身体障害者等のいる家庭を対象に、市町村社会福祉協議会を実施主体とし市町村の委託事業として発足し、県費2分の1の補助により県下各市町村において開始されたが、事業開始は申請市町村が37か市町村に及び、当時のその事業費総額は1,622,345円の予定とされた。

しかし、1956（昭和31）年度の実施結果は次のようであった。事業実施市町村数は、17市町村であった。対象派遣家庭数は75世帯、派遣延時間は9,973時間、派遣賃金総額は293,412円、県費補助額は146,707円であった。

1957（昭和32）年度の事業実施状況からは、申請市町村名が記載されている。5市（上田市、諏訪市、岡谷市、駒ヶ根市、中野市）、5町（南佐久郡野沢町、小県郡塩田町、諏訪郡茅野町、同富士見町、東筑摩郡塩尻町）、7村（東筑摩郡の坂北村、生坂村、波田村、朝日村、洗馬村）の市町村で実施された。

1958（昭和33）年度以降も実施状況は記載されているが、事業実施を承認したが事業を行う必要に迫られる事態の発生がなく実施しなかった市町村や取消しをしている町村などもあり、年度ごとに多少の動きが見られた。

2) 家庭奉仕員制度について

在宅福祉施策を含めた老人福祉法の制度化促進の動きに合わせて、1962（昭和37）年4月に「老人家庭奉仕事業運営要綱」が策定され、国庫補助対象の福祉事業として、250人分の家庭奉仕員活動費として月額17,000円が予算化された。全国の実施自治体は、2都県13市であった。派遣対象は老衰、心身の障害、疾病等の理由により、日常生活に支障をきたしている要保護老人世帯であり、掃除、洗濯、被服の補修、炊事、身の回りの世話等と、相談、助言に関すること

であった。この事業は、施設の代替的機能として高齢者を施設入所することなく、家庭において介護することと、中高年女性の就労機会の提供という効果もあった。

1963（昭和38）年8月1日「老人福祉法」が制定され、「老人家庭奉仕員派遣事業」が明文化された。「身体上または精神上の障害があつて日常生活を営むのに支障がある老人の家庭に老人家庭奉仕員を派遣して、その日常生活上の世話を行わせることを市町村は委託できる」とされた。1964（昭和39）年までに家庭奉仕員制度を実施した市町村は、全国で132であった。

1965（昭和40）年の「老人家庭奉仕事業運営要綱」では、派遣対象が拡大された。経営主体は市町村であるが、一部を市町村社会福祉協議会に委託できることとした。派遣対象も老衰、心身の障害、傷病等の理由により、日常生活を営むのに支障がある高齢者の属する低所得の家庭であつて、その家族が高齢者の養護を行えない身体的、精神的状況にある場合となり、経済的制限が要保護老人世帯から、低所得の家庭へ拡大されていった。

サービス内容は、食事の世話、衣類の補修、洗濯、掃除、整理整頓、身の回りの世話や生活、身上相談であつた。1世帯当たり少なくとも週1回以上の訪問とし、老人家庭奉仕員1人当たりの担当世帯数は、概ね6世帯とされた。

なお、老人家庭奉仕員は、1年に1回以上の研修を受けることとされた。

1966（昭和41）年には「老人家庭奉仕員事業のサービスの内容について」の通知により、サービス内容を文書で通知すること、派遣対象世帯と老人家庭奉仕員の間には契約関係がないこと、庭の草取りや家屋の補修は含まれない等の具体的なサービスの内容が示された。

1969（昭和44）年には、家庭奉仕員の大幅増員の予算が計上され、「家庭奉仕事業運営要綱」が「ねたきり老人家庭奉仕事業運営要綱」となり、内容も改正された。

派遣対象は65歳以上で常に臥床していること、低所得（世帯の生計中心者が所得税非課税）、日常生活に人手を要し、家族以外に介護されているか、家族が病弱などの理由で介護できない者。派遣回数が、概ね週1回以上から概ね週2回程度となった。研修についても、新規採用時には必ず新任者研修を実施することとなり、研修の必要性が強調された。

1972（昭和47）年に「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について」の局長通知が出され、運営要綱も「寝たきり老人家庭奉仕派遣事業運営要綱」から「老人家庭奉仕事業運営要綱」に再修正された。そして、老人家庭奉仕員派遣事業の実施に当たっては、身体障害者家庭奉仕員派遣事業、および心身障害児童家庭奉仕員派遣事業との一体的運営に十分配慮するよう記された。

時間は遡るが、長野県における「老人家庭奉仕事業」は、1963（昭和38）年度から、長野市、上田市、飯田市、諏訪市、伊那市、大田市、塩尻市の7市において実施された。そして、1967（昭和42）年度には、長野市、松本市、上田市、飯田市、諏訪市、伊那市、大田市、小諸市の8市となり、X市は、老人福祉法の制度のもとに「家庭奉仕員制度」を実施した。

当時、一人の家庭奉仕員がX市で採用されたが、何をしてよいか分からないというので、ここでは、地域に熟知しているA保健婦と一緒に活動をした。なお、家庭奉仕員の名前は、『長野県ホームヘルパー協会20年のあゆみ』（長野県ホームヘルパー協会、1991（平成3）年の協会会員名簿に記載されている。1968（昭和43）年度には、塩尻市と岡谷市も同制度を実施し10

市となった。

3) 保健補導員制度について

1949（昭和24）年厚生省（現厚生労働省）が「国保保健施設拡充強化に関する通知」とし、保健指導のための住民組織として「保健補導員」を設置したことが起源である。地区住民の自主的組織であり、自主的な組織活動を通じて自らの健康意識を高めていくことを目的とした。地域に広め、地域全体で健康な社会を築き上げようとするものであり、一定の「区」において選出され順次交代していくことで、地域全員が健康意識を高めていく効果を期待したものである。個人的活動として制限がかからないように、区組織の一員としての位置づけがなされている。

任期は、地域により1年ないしは2年であり、名称は保健補導委員会、保健委員会、保健推進委員会、健康推進委員会、衛生指導員など地域により異なった。かつては女性のみであったが、最近はずいぶん男性の活動も増加傾向にある。2008（平成20）年10月現在、県下81市町村のうち80市町村が設置している。一人当たりの平均受持世帯数は61.0世帯である⁽¹²⁾。健康講座の開催、乳児訪問などの家庭訪問、各種検診受診の推進、生活習慣病の予防、体験発表、知識向上のための研修、町の文化祭などでの発表や展示など多くの活動が現在も行われている。

調査を通して1950（昭和20）年代に保健補導員制度を始めた人物がZ市で活動していた保健婦であることが分かった。この保健婦は、A保健婦が、X市にこの制度を取入れるきっかけとなった人物でもある。地域が離れているにもかかわらず、保健婦間の連携が強かったことになる。

6. 時代背景を眺めながらの「家族看護」と「訪問看護」、そして「介護」

調査を進めるうえである疑問が生じた。現在ではどこでも使用されている「介護」という文言であるが、当時はこの介護という表現は一般化されていない。通常使用されていた言葉は「介助」か「介抱」であったということは調査対象の保健婦からも伺った。

加えての疑問は、A保健婦は、狭義の意味において、その地域の活動で当時は制度化されていなかった「訪問看護」を意識したのか、それとも広義に「訪問介護」も含めて意識したかである（あるいは、自身の活動を保健婦本来の業務と発展的に考えていた可能性もある）。このことについては、当時の行政資料を参考してみたい。なお、どの立場であれ「自身による実践」を意識したのか、あくまでも「指導」を意識したのかについても疑問があるが、それらはA保健婦の生活歴を眺めながら推測するならば、「自身による実践」「指導」双方ともに意識していたということになる。

1) 厚生省関係通達、長野県と厚生省問答等より

戦後の高齢者に対する各種援助にかかわる法令根拠は、1963（昭和38）年の老人福祉法制定前は、主に生活保護法によるものであった。「介護」等が必要な独居高齢者は生活困窮者と捉えられていた。そこから高齢者に対する介護サービスの糸口を探ろうと、本稿との関係におい

て長野県の生活保護制度にかかわる取り組みを、高齢者を念頭に置き厚生省（当時）による通達や長野県との間の問答を調査した。

まず昭和20年代は、「身体障害者」に対するものを中心にして現在でいうところの「介護」は、広義に「看護」という表現でまとめられ介護の要素が含まれていた。新生活保護法1950（昭和25）年に対しては、身体障害者福祉法（昭和24年）の存在がもちろん影響を与えている。それが、生活保護法の下では、介護費用について「介護料」「身体障害者加算」「在宅患者加算」、入院患者を対象とした「介護加算」と発展していく。対象者（在宅の障害のある高齢者、介護を必要とする高齢者）の解釈について、長野県職員の高齢者の苦悩や前向きな姿勢が当時の各種資料に示されており、高齢者介護を意識したものに少しずつ変遷している様子が伺えた。

当時、現在でいう「介護」を必要とする高齢者が施設を利用する場合には「養老施設」によるものが生活保護法の下に存在した。もちろんその数は不足していた。介護を必要とする高齢者が在宅である場合には、訪問看護等が制度化されていない時代であったので、「看護人（家族看護人）」に対するものなど、生活保護法の下では生活扶助について「在宅患者」や「身体障害者」として、「加算」対象の解釈を広めて一部認められていたようである。ただし、在宅の介護を必要とする高齢者としての明文はない。

1948（昭和23）年の段階で旧生活保護法（昭和21年）の下、「看護・介護」との明示はないが、法の目的に沿った自治体の長の裁量についての「市町村長限りで支給し得る額」として「六十歳以上の老衰者、不具廃疾、傷痍疾病者のため」と、これら三者がまとめられていた⁽¹³⁾。なんらかの共通点を意識したものである。

1949（昭和24）年には、入院している患者（重篤な患者）について「付添看護」という表現を用いて特別な費用を認めた。なお「看護婦、付添婦（又は付添人）」については、「居宅医療」においても「準じる」という形で認めている⁽¹⁴⁾。ここでは、結核患者等を中心に広義に「介護」をする者を意識している。

1953（昭和28）年には、一定の身体障害者と同程度の者については、在宅の者についても「介護料」が認められた。ただし、収容施設入所者は対象外とされ、一方で、養老施設及び救護施設に入所している者については別途指示することになった⁽¹⁵⁾。あえて「養老施設」に別途指示と意識しているということは、「介護」を必要とする高齢者を一定の身体障害者と同程度の者のなかに含めていると思われる。高齢を障害と捉えているわけである。

1958（昭和33）年になると、一定の身体障害者であり「介護」を要する者については、生活保護法の下で「身体障害者加算」が行われた。しかし、収容施設、病院、身体障害者更生施設等の「介護」設備を伴うべき施設入所者は適用除外となった。ここでは「中風（脳血管障害）等の症状が固定し日常生活に支障がある在宅の障害者」も、加算の対象となり特別基準も認められた。そこでは、高齢者に発症が多い「中風等」という病名が例示されたことが注目される。反面、「介護加算」については、入院、入所中の患者であり終日随時介護が必要な者のみ対象となった⁽¹⁶⁾。この当時の「介護加算」の「介護」とは、家族の付添いが不可能な生活困窮者である入院患者の付添いを示したものであり、現在の介護とは意味がかなり異なっていた。

もっとも長野県では、1958（昭和33）年6月19日、20日の両日、「生活保護の実施要領問題

研究会」(資料で確認できるかぎり、担当課長に加えて12名の職員が参加しており、検討集の最初の頁右上にそれら参加者の苗字がメモされていた)では、「介護加算」の在宅適用が検討されていた。他の機会にも断続的な検討が行われていた様子であったが、この段階では、「介護加算」そのものを「高齢者」に適用できるか可能性を探っていた様子であった。その回答を、厚生省に求める姿勢もあった。

この時期、厚生省社会局事務官によると(確認できる範囲では、1958(昭和33)年6月28日の回答か?)、「介護加算」について具体的にはいかなる案件、病態、期間が適用されるかにつき「実施機関の判断」との回答があった。加えて、「身体障害者加算」について除外は入院患者のみとして(つまり、在宅障害者は対象)、「介護加算は入院患者のみであるから在宅で介護を要する病人に加算の措置はできないか」の問いに対して可能と緩やかな回答が行われていた。また、「疾病のため」という表現を「中風(脳血管障害)等の症状が固定し」と病名を例示して表現をより分かりやすくしたとの回答があった。「在宅患者加算」という表現ではなく、「介護」を要する病人とその後遺症・障害(特に脳血管障害の後遺症・障害)に対する加算をかなり広く可能と回答している内容であり、ある程度は「中風等」を発症しやすい高齢者の在宅介護をさらに意識した回答に変化してきている。

ただし、同年7月23日の厚生省社会部長による回答では、入院患者以外の者に対しての「介護加算」適用の可能性を否定したうえで、「在宅患者加算」「身体障害者加算」は考えられるとしながらも、そこでの病名としては「結核」に加えて「白血病」や「がん」が例示された。必要性については医療機関の意見が嘱託医によって判断されるなど⁽¹⁷⁾、先の回答とは統一された見解にはなっていない。

長野県が在宅での「介護」を意識したことについては、あわせて「訪問看護」の可能性も念頭に置いていたことも考えられるが、通達・問答等において1958(昭和33)年にこれだけ「介護」にかかわる集中した検討があったことは、同年12月の新国民健康保険法を意識したのか、それとも介護に関係する各要綱(要領)が影響していたのか、近い将来の老人福祉関係の法令制定を意識したもののなのか、現段階で執筆者には解明できていない。本稿の大きな反省点である。明確にできたことは、ここで使用されている「介護」とは、身体障害を前面に出しつつも、「中風(脳血管障害)等」を意識したことからも、それらを発症しやすい高齢者を明確に意識したものであったということである。

なお、この時期は、保健所保健婦と国民健康保険保健婦の役割異同が、積極的に議論されていた時期である。双方について「在宅介護」(広義の訪問看護)にかかわる部分の役割分担も、一部では考えられていたのかもしれない。

1963(昭和38)年の老人福祉法制定後は、当時の「介護加算」という表現は消え「老齢加算」という表現に変化した。介護等については、生活保護法第4条を根拠として他法である老人福祉法による給付が優先されることになるので、生活保護法の下では、介護を中心に捉えるというより、あくまでも高齢者のいる生活保護受給世帯の負担の大きさを示したものに变化したことになる。ちなみに当時の年報等によると、長野県の各自自治体においても養護老人ホーム等の数が示されているが、この大部分は養老施設の根拠法が変わり名称が変わったものであった。

「介護」の根拠となる法令等において以上のような大きな変化が現れた時期に、時期をほぼ同じくしてA保健婦は独自の活動を開始していた。密接した領域での大きな変化をA保健婦はもちろん感じ取っていたであろうし、「中風（脳卒中）等」への援助は、法令の変化というよりも、むしろ地域で活動するなかで確かにA保健婦は意識していた。仮に保健婦の本来の活動の一環として実践していたとしても、もともと、あわせて看護婦の資格を有していたA保健婦は、地域での高齢者に対する「訪問看護（訪問介護を含む）」の必要性をそれら実践のなかで感じ取っていたものと思われる。

本稿で検討する保健婦たちは、ある者は「ひとり歩き」を始め、ある者は与えられた環境の中で戦前からの活動に信念をもってその活動を継続してきたということになる。

2) 保健婦のホームヘルパー（家庭奉仕員）に対する意識

老人福祉法制定前に「介護」という表現が使用されていた時期に、保健婦団体が「ホームヘルパー（家庭奉仕員）」に注目していた。

「保健婦雑誌」（1962〈昭和37〉年4月号）では、ホームヘルパーの特集が大きく組まれた。巻頭には、ホームヘルパーの1日の活動について写真を20枚使用している。そのサブタイトルは「気の毒な老人の灯」とされ、当初のホームヘルパー（家庭奉仕員）の訪問対象は生活困窮独居高齢者としており、その所属は福祉事務所嘱託としての人物が紹介されている⁽¹⁸⁾。

執筆者が若干驚いたことには、一部にホームヘルパーと保健婦活動との共通点が示されていたことである。人材不足は当然であったとしても、「保健婦さんの鞆と同じように、体温計をはじめ氷嚢、カイロと内容物の点検は出発前入念に行われる（傍点執筆者）。」（内容物については、その他、手拭、石鹸、マスク、三角巾、エプロン等）と、その訪問鞆の内容についても写真で掲載されていた。当時は、医療機関に勤めている保健婦（つまり、看護婦としての活動）等ではない市町村の保健婦が訪問による保健指導時の行為については、地元医師会から医師の指導がないということもあり、保健指導を超える行為には相当に制限が加えられていた。そのようななかで、初歩的であるとはいえ看護・衛生教育、健康管理等について受講したホームヘルパー（家庭奉仕員）のもつ鞆が「保健婦さんの鞆と同じように、体温計・・・（傍点執筆者）」とあえて示されているのは、当時の保健婦活動の訪問活動についての特徴を示しており⁽¹⁹⁾、また、保健婦が指導する立場をとりつつも、あわせて高齢者問題についてホームヘルパー（家庭奉仕員）を協働する人的資源として意識し始めた時期といえるかもしれない。

なお、その他の保健婦の地域保健福祉に対する意識については、本稿以外において、改めて調査研究を進めたいと考えている。

3) A保健婦の活動時期とその時期に実践したもの

本稿のこれまでの論述と若干重複する部分もあるが、ここより、A保健婦の活動をおおよそ3期に分けて改めて整理・検討する。

(1) 第1期（昭和30年代） 単独で各家庭を訪問した時期

A保健婦は、1956（昭和31）年に看護婦（当時）の資格を取得し、1958（昭和33）年に保健

婦（当時）の資格を取得した。そして、1959（昭和34）年にX市に入職したが、入職当初、役所自体が保健婦の業務内容について明確な認識がなれておらず手探り状態であった。

A保健婦が入職したときは2人の保健婦（旧法令による）が在職していたが、その保健婦たちも何をしてよいか分からない様子であった。A保健婦は、X市のことを知りたいとの思いから、とにかく地域へ出かけて、実態を知ることから始めた。この実行力の原動力となったのは、戦後の「保健婦助産婦看護婦法」による保健婦資格を取得した専門職であり、今までの保健婦とは違うという自信があってのものである。

A保健婦は、寒冷小規模自治体であるX市の各地域でアウトリーチし、独自の活動を開始した。これは後に、地域住民のニーズの掘り起こしにつながる活動となった。

このようななかで、A保健婦自身が支援が必要な家庭を発見する場合もあった。結核病者の対応、要介護者への援助の必要性を実感し、高齢者や寝たきりの人の家庭を訪問するようになっていった。この活動は、実はX市の社会福祉協議会の活動よりも、相当に早い段階での活動であった。

この時期、A保健婦は、地域の中で高齢者の「寝かせきり」状態に疑問を感じた。A保健婦自身にも当時、虐待の意識まではなかったであろうが、寝かせきりを防ごうと考えたA保健婦の専門職としてのふたつの視点は特筆すべきものである。

1点目は、地域の診療所の医師との連携である。昭和30年代、当時、診療所は地域住民の交流の場としても意義があり、住民の情報交換の場となり、A保健婦にとっては情報収集の格好の場になっていた。当時の診療所とは、地域医療の向上、無医村の皆無をめざして地方公共団体主体による医院が診療所である。地域住民の健康増進のために、開業医と変わらない条件で地域医療に尽力している。

2点目は、自らの行動であった。A保健婦は、寝かせきりにされている高齢者等を、玄関に近い土間の横の部屋に寝かせるように家族に指導した。A保健婦が、家人の留守中に勝手に家の奥まで入ることなく、本人を訪問できるようにとのA保健婦の配慮であった。A保健婦が毎日訪問していると、次第に家族も出入りするたびに、自然に声を掛けるようになり、会話が増していった。近隣の人たちも気軽に様子を見にきたりできるようになった。寝かせきりにされていた高齢者本人も、自分は「厄介者」になったと思わずに、留守番をする家族の一員としての存在意識、生きがいを持ち始めた。それらにより生活に変化が出てきた。誰とも会話することなくじっと寝ていた者が、生活に意欲をもつようになっていった。A保健婦の活動は、本人へ、そして家族や地域住民（特に女性）への大きな働きかけとなったのである。

(2) 第2期（昭和40年代） 家庭奉仕員制度で採用された家庭奉仕員と共に活動した時期

X市は、1967（昭和42）年から「家庭奉仕員」を採用している。そして、1968（昭和43）年11月、X市社会福祉協議会が設立された。1951（昭和26）年の社会福祉事業法の施行に並行するように、同年長野県社会福祉協議会が設立され、同年以降、各自治体において市社協が設立されていたから、それらに比べるX市の社協設立はかなり遅かった。もっとも、この結果、A保健婦が制度にとらわれず自由に、しかし必要に迫られ、自分の知識と行動力、ボランティア

精神で地域住民のために地域に根ざした活動を続けたことになった。

しかし、この時期に採用された家庭奉仕員は、業務内容や地域のことが理解できず、不安を感じてA保健婦に同行を求めてきた。A保健婦は、血圧計や清拭用具などを入れた大きなリュックを持って、家庭奉仕員と一緒に、現在では見ることができないボンネットバスに乗って地域を訪問するようになった。保健婦の業務のみならず、洗濯等の家庭奉仕員の仕事も手伝い見まわったのである。そのために、両者の関係はととても良好であり、相互の信頼関係が構築されていった。そのようななかで、地域住民は、A保健婦の姿、あるいは、両者が協力・協働して活動する姿をみることで安心し、信頼をおいた。地域住民は、A保健婦の訪問を楽しみに待つようになった。

同行訪問は、家庭奉仕員にのみメリットがあるのではなく、A保健婦にとっても、他職種からの視点からの気づきを学ぶよい機会となった。こうして地域住民個々の日常生活を理解し、住民への多面的多様な支援へつないでいった。たとえば、高齢夫婦が寝込んでいるケースを家庭奉仕員に連絡したこともあり、専門職の連携・協働が実践された。

民生委員、区長や市の衛生委員などとも連携をとって地域で活動を進めた。活動をしている人は、地域住民のより良い生活のためにという目標が同じだから、様々な活動は、やがて一つの地域保健福祉活動となっていく。現実にはA保健婦の周辺でもそのような過程を経ていった。その過程においてA保健婦は、入職直後から常にリーダーとして、かつ専門職として幾つもの役割を果たしてきた。そして、地域を活性化していった。しかも、本人にとってこれらの活動は悲壮感あふれるものではなく、「やりがいがあった。いろいろ工夫をして、協力・協働して楽しかった」と、終始担い手としての役割を果たした。

第2期のA保健婦の活動は、その後の制度発展につながる意義ある活動であった。

(3) 第3期（昭和60年代以降） ホームヘルパー制度が整備され、正式に社会福祉協議会から依頼を受けてホームヘルパー（訪問介護員）と協働して活動した時期

この時期になると、家庭奉仕員はホームヘルパーとして、資格を取得して仕事をするようになった。A保健婦はこの段階で社会福祉協議会から正式に依頼を受け、ホームヘルパーと共に活動をするが、車社会になり、地域の住民は地域の診療所ではなく、大きな病院に受診するようになった。この現象は人間関係に微妙な変化をもたらしていった。情報交換の場、交流の場であった診療所利用の減少は、地域のつながりの希薄化にも影響を与えた。

農業を継がない若い世代は同居をせず、大家族は減少していった。1958（昭和33）年に1世帯当たり4.78人であったが、1985（昭和60）年3.31人そして、2006（平成18）年は2.56人である。

歩く、バスを利用する「線の移動」と、車を利用する「点の移動」の違いは人間関係に影響をもたらすといえる。「生活のスピード化」と共に、現在の地域活動の課題となった。

7. むすびにかえて

現段階での結論として、X市のA保健婦とY村のB保健婦の当時の活動についての特徴の異同には明確なものがある。

先に90歳代のB保健婦について述べると、戦前、戦中の保健婦教育・活動の影響を大きく受けたことを前提に、人口が極端に少なく交通手段も発達していない山村豪雪地帯である「村」において、昭和20年代から30年代にかけて、保健婦助産婦看護婦法制定前にB保健婦の得た知識・技術をもとに活動することになった。また、従来の母子や結核等を意識した保健指導を中心とした活動を行ってきたが、その役割を十分に担ってきた。

これらのことは、執筆者がその地域を訪問しても十分理解できた。B保健婦が、地域保健福祉を意識していなかったということではなく、あるいは高齢者問題とそれに付随しての「訪問看護」「訪問介護」を意識しなかったというものではない。あくまでも、与えられた環境の下での保健婦活動を、母子や結核問題を中心に可能な限り行っていたということである。それら活動のなかで地域住民から信頼を得て、C保健師らの後進を育成してきたのである。

一方で、70歳代のA保健婦の場合には、自身にとって劇的な経験が後の保健婦活動に大きな変化を与えていた。何よりも、1948（昭和23）年制定の「保健婦助産婦看護婦法」の下での新保健婦資格取得者が、A保健婦以外に周囲に存在しなかったということである。このことは、やはりA保健婦の独自の活動の基礎となった。

B保健婦の環境と比較するならば、A保健婦の活動地域が寒冷地帯であっても降雪量はかなり少ない地域での活動ということや、小規模とはいえ「市」である自治体での活動ということ、さらには中央との交通手段の発達が大きく異なっていた。つまり、A保健婦が与えられた環境である保健指導の枠を超え、寝たきり（寝かせきり）高齢者への「訪問看護（訪問介護を含む）」につながる活動を実践したことは、新たな地域保健福祉を意識したものとなった。当初は、「保健指導」と当時の「訪問看護（訪問介護を含む）」的な活動の両立は厳しいものがあったが、試行錯誤を重ねながらも周囲の理解を得ることになった。

このようなA保健婦の小規模自治体における活動は、限られた社会資源のなかでモデルとなる専門職としての活動であった。同時に「見守り」の実践ともなった。制度は利用者の安心・安定した生活のために存在する。アウトリーチ、見守りをとおして、さらにニーズの掘り越しをする。そして、普遍化できるものをボトムアップしていく。つまり、A保健婦の存在そのものが新たな社会資源になった。

あわせてA保健婦が果たした役割としては、相談援助者としての機能も一部で有していたといえる。このことは、昭和30年代の「保健婦雑誌」でも同様なことが強調されていた。本稿でも、相談援助技術として手法等の検討を行うことも、現在に十分活かせる学びとしたいと考えている。

「町を歩けば誰かと会い、話をしたので、（A保健婦の）5人の子どもたちに、買い物に行くときに、今日は誰とも話さないようにして下さいといわれたものだが、（結局は）相談受けている母親（A保健婦）の姿に理解をしてくれていた。地域の人たちから信頼されていることで仕事に充実感があり、楽しかった（傍点執筆）」と話されていた。そして、子どもたちが大学進学などで、他県へ行く際に、「これでやっと自分の苗字から開放されると笑っていた」と充実した時期を回顧されていた。A保健婦が家族の理解と協力を得て、いかに地域に貢献し、それが自分自身の充実にもつながっていたかが理解できる。

「今の介護職と利用者の関係は、作業が優先。保健婦も知識ばかりが先行し、実態を知ろうとしない。だから、地域住民と信頼関係を構築できない。自分の目標と人の役に立ちたいというやりがいを持っていた。」これは、70歳代の現在でも、地域で厚い信望を受けながら活躍されているA保健婦が、現在「語り部」として我々に一番伝えたいことであろう。

ある寒冷地帯で保健婦の活動が根付いていたことが存在した。そこでは福祉・医療従事者との協働も確かに存在していた。そして、与えられた環境をすべて生かして、各家庭を訪問し、きめ細やかな援助が行われていた。保健婦の業務としての本来の対象は、児童や妊産婦への相談援助、保健指導であったが、地域を訪問するうちに、要介護高齢者等への援助の必要性を理解し、本事例では福祉従事者よりも地域との関わりを広め、信頼関係を構築していったといえる。明らかに「訪問看護」「訪問介護」の必要性を意識した保健婦としての活動が先行し、ここでは併せて相談援助活動が含まれていた。戦後の「保健婦助産婦看護婦法」による影響は、旧来の保健婦活動を超えたものをA保健婦に促させていた。その地域での「訪問看護」「訪問介護」の必要性を主張する、すなわちアクションを起こしながらも、地域社会における相談援助活動のあり方をA保健婦は熟考した。地域社会の実態を把握し、そして実態を把握したうえで相談援助活動を永年続けてきたのである。

本稿は、あくまでも初歩的な調査研究である。課題としては、本研究対象と相似した複数の小規模自治体を探し比較研究することから、本稿で紹介・検討してきた寒冷地である小規模自治体での保健婦（師）、看護婦（師）、あるいは介護職等の活動についてさらに特徴を明確にする必要がある。さらにここでは、活動してきた「人」を通じての史実の確認と、行政文章等による裏付けを併行して行う必要があると考える。

地域住民の安心・安定した生活の保障のために、史実を確認し時代にあわせたサービスを相対化していく努力が各専門職に求められるということを最後に指摘して、本稿のまとめとした。

（本稿は、和田謙一郎と宮本教代の共同調査・共同執筆である。和田は行政資料の解析や保健婦制度等とその歴史的展開の検討を行い、宮本が積極的に聞き取り調査とその紹介・検討を行った。当初、本学大学院の逢坂隆子教授のご指摘により、宮本執筆の平成20年度卒業論文を本稿で生かすことを勧められていた。そこで、この分野については門外漢である和田が稚拙ながら全面的な加筆修正を行った。しかし本稿の基礎には、懸命な宮本の調査研究があることを強調しておく。最後に、大学院逢坂隆子教授、同じく大学院慎英弘教授の丁寧なご助言に厚くお礼申し上げます。また、査読委員の先生にも厚くお礼申し上げます。）

註

- (1) 当時は「介護」という表現をほとんど使用しておらず、「看護」ないしは「看護師（家族介護人）」という表現が使用された。
- (2) 当該「村」の大部分の地域が、いわゆる限界集落（高齢化率50%以上）ということになる。
- (3) 保健婦は、旧制度の時代から看護婦の業務を行うことはできたが名称を名乗ることはできなかった。ただし、2007（平成19）年度からは、保健師の資格を取得するためには、看護師国家試験合格が必須

- とされている。
- (4) 岡本祐三『高齢者医療と福祉』（岩波書店2006）、牧洋子・和田謙一郎『新版 老人福祉論』（建帛社2005）などでも指摘されている。
 - (5) このことについては、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」2005（平成17）年制定、2006（平成18）年施行されている。高齢者（65歳以上）に対する虐待が深刻な状況にあることから、高齢者虐待を防止することを目的とした法律。養護者への支援だけでなく、介護施設従事者等による虐待も対象となる。高齢者福祉関係者の早期発見と市町村への通報義務を規定し、市町村に対しては、相談・指導・助言・高齢者の安全確認、施設入所などの措置を行なう義務を課している。地域包括支援センター等の職員の立ち入り調査や、必要な場合の警官同行などの定めがある。高齢者の虐待には、身体的、心理的、経済的、介護・世話の放棄（ネグレクト）、性的虐待があり、今日では、このような著しい減食又は長時間の放置は虐待にあたる。
 - (6) 米國保健婦協會編纂によるもの。總司令部公衆衛生福祉部看護課長グレース・E・オルトの下、米國と日本の保健婦職員により完成された非売品。
 - (7) 森山幹夫『看護関係法令』pp.40-41（医学書院2009）
 - (8) 前掲7、pp.20-44（医学書院2009）
 - (9) 一番ヶ瀬康子、大友信勝編、戦後社会福祉教育の五十年、pp.26-28（ミネルヴァ書房1998）
 - (10) 前掲6、このテキストの主な内容は、保健婦養成、看護婦への指導、保健婦による保健指導等（健康管理、母子保護、疾病保護）、また、疾病については傳染（伝染）病（結核、性病を含む）、非傳染（伝染）病（慢性疾病）にかかわるもの等である。
 - (11) 三ちゃん農業：日本が高度成長期にはいった1960（昭和30）年代、農業を営んでいた働き盛りの男性が出稼ぎにでたり、サラリーマンになり休日のみ農業をする者が多くなった。働き手を失った農家では残されたおじいちゃん、おばあちゃん、おかあちゃんが農業を営むことになった。この三つの「ちゃん」をとり三ちゃん農業といわれた。1963（昭和38）年、国会でも「三ちゃん農業」ということばが使われ、新聞にも報道された。同年の流行語となった。
 - (12) 2008（平成20）年10月10日長野県国民健康保険連合会保健事業課に対しての電話による問い合わせによる。
 - (13) 厚生省発社第九四号、昭和二十三年八月十三日、厚生省社会局長
 - (14) 厚生省社乙発第九二号、昭和二十四年四月一日、厚生省社会局長
 - (15) 厚第六七九号、昭和二十八年七月二十七日、社会部長「生活保護法による保護の基準等の第一三次改訂について」通達
 - (16) 発社第一一一号、昭和三十三年六月六日、厚生省事務次官「生活保護法による保護の実施について」通知
 - (17) 厚第三一七号、昭和三十三年七月二十三日、社会部長「生活保護法による保護の実施要領の疑義について」通知
 - (18) 『保健婦雑誌1962年4月号』（VOL.18 NO.4）pp.2-8（医学書院大阪1962）
 - (19) 前掲18、p.9、④の解説。

参考文献、その他

- 1) 長野県公式ホームページ <http://www.pref.nagano.jp/eisei/hokenyob/hodouin.htm>
- 2) JA長野厚生連・佐久総合病院ホームページ <http://www.valley.ne.jp/sakuchp/>
- 3) 浅間総合病院の歩み <http://www.avis.ne.jp/asamaghp/gaiyo/enkaku.htm>
- 4) 日本語俗語辞書 [p://zokugo-dict.com/11sa/3chan-nougyou.htm](http://zokugo-dict.com/11sa/3chan-nougyou.htm)

- 5) 『厚生年報』長野県厚生課
- 6) 『統計小諸』小諸市役所 (2007)
- 7) 『市勢要覧』長野県小諸市 (2004)
- 8) 『長野県社会福祉協議会50年のあゆみ』(社会福祉法人長野県社会福祉協議会2003)
- 9) 『住民と共に歩んだ50年』(社会福祉法人上田市社会福祉協議会2006)
- 10) 高橋将人『改訂新版信州ふるさと変遷史』(長野県図書館協会2006)
- 11) 『小諸市誌近・現代篇』(小諸市誌編纂委員会2003)
- 12) 『20年のあゆみ』(長野県ホームヘルパー協会1991)
- 13) 浜田和則、秦康宏、伊藤幸子『ヘルパーステーションの運営管理』(中央法規1999)
- 14) 介護福祉学研究所『介護福祉学』(中央法規2002)
- 15) 岡本祐三『高齢者医療と福祉』(岩波書店2006)
- 16) 山下袈娑男『戦後の社会変動と高齢者問題』(ミネルヴァ書房1998)
- 17) 橋本正己『地域保健活動』(医学書院1968)
- 18) 那須宗一、湯沢雍彦『老人扶養の研究』(垣内出版1985)
- 19) 蓮見音彦、安原茂『地域・生活の復権』(有斐閣1982)
- 20) 保健婦雑誌各年各号(医学書院大阪)
- 21) 米國保健婦協會『保健婦教本五版』(1950極東學藝通信出版社)
- 22) 神奈川県民生部保険課『活動する保健婦』(1951)