

# イギリスにおける在宅看護事業の普及と機能分化

白瀬 由美香

Yumika Shirase

## 1. はじめに

イギリスでは、1948年以来、National Health Service(国民保健サービス;以下NHSとする)という医療保障制度が、すべての人々を対象に無料で医療を提供してきた。NHSは発足時に、国内のほぼすべての病院の国有化を通じて、医療機関の機能に応じた組織化を実現し、一定の地域内で予防・治療・リハビリテーションまでの包括的なサービスが完結するよう、医療提供体制を整備した。こうした医療システムを円滑に運営していくためには、病院における入院医療を充実させることはもちろんであるが、在宅における療養生活環境をいかに確保するかということも重要な課題となる。

戦後イギリスの在宅看護事業(Home Nursing Service)は、19世紀半ばより民間のボランティア団体によって運営されていたものが、NHS発足の際に公的制度内に位置づけられ、1950年代に急速なサービスの拡大が見られたという特色を持つ。在宅看護は、傷病を療養する者が日常生活を送る家庭の中で行われることから、病院での看護とは異なる独特の技能が求められる領域である。NHSが包括的な医療保障を実現する上で、在宅看護はいかなる役割を担っていたのか、またサービスの普及によって在宅看護にはどのような変化がもたらされたのかについて、本稿は注目していく。

ところで、一般にNHSとは医療機関での治療が無料の制度で、病院への入院待機が長期間になりがちながよく知られているが、在宅看護をはじめとした保健活動が同時に行われていたことは、これまでさほど重要視されていなかった。NHSの成立および初期の医療機関の展開については、Websterによるイギリス政府公認の著作<sup>1)</sup>をはじめ、内外に多くの先行研究があるものの、在宅看護事業については十分な検証がなされてきたとは言えない状況である。在宅看護の展開に言及した数少ない研究の一つに、WhiteによるNHS成立の看護職への影響にまつわる論考<sup>2)</sup>があるが、これは主として看護職能団体や資格制度の変遷に関心が向けられ、事業の運営状況についてはほとんど明らかにされていない。在宅看護事業は、地域ごとに様々な形で運営されていたという事情もあるため、実態を捉えるには、特定の地域についてつぶさに検討していかななくてはならず、そうしたことがこれまで在宅看護に関する研究の制約となっていたと思われる。

そこで本稿は、イギリス中西部の都市・バーミンガムにおける在宅看護事業の事例をもとにして検討を行うことにする。バーミンガム市は、人口100万人を超えるイギリス第二の工業都市であり、近隣諸地域に比べて大規模に在宅看護事業を展開していた点が特徴的である。まず2節では、在宅看護事業の沿革に触れた上で、NHSにおける位置づけを探っていく。それを踏まえて3節では、バーミンガム市における在宅看護事業の特

色を明らかにする。続く4節は、地区看護師の養成システムと業務の機能分化という視角から、在宅看護の担い手の専門性に関する問題を考察する。これらをもとにして、5節では在宅看護事業の普及がNHSの制度全体にとってどのような意義があったのかを総括し、その問題点と今後の課題を提示したい。

## 2. NHSにおける在宅看護の位置づけ

### 2.1. イギリス在宅看護の沿革

イギリスの在宅看護事業は、19世紀後半以来、都市部を中心に組織されたボランティア団体によって提供されていたという経緯がある。多くの団体は1887年に設立された全国規模の地区看護師協会(Queen's Institute of District Nursing)に加盟し、地区看護師(district nurse)と呼ばれる看護師が在宅看護を行っていた<sup>3)</sup>。各地の地区看護師協会支部は、共済制度や寄付、自治体からの補助金などによって運営されており、共済の加入者ならば基本的に無料で在宅看護を受けることができた。また、共済に未加入の場合でも、貧困者には無料で在宅看護を提供していた<sup>4)</sup>。

ここで、20世紀前半の医療保障制度である国民健康保険についても触れておきたい。国民健康保険は、労働者本人のみを対象として、一般医(general practitioner)による診療を無料で給付していた。また当時の病院は医療保障に含まれておらず、資力調査に基づく料金徴収をしていたため、貧困者だけでなく、富裕者も利用しづらい状況であった。そのため、人口の約半分を占める労働者ではない者、すなわち多くの高齢者や女性、そして子どもなどが医療機関で診察を受けることは非常に限られていた。そして、在宅看護はこれら医療保障の対象外であった人々にとって、資力調査を伴わずに利用できるサービスとして歓迎されていた。

したがって地区看護師は、必ずしも医師の診察に基づいて看護を行っていた訳ではなく、地域社会で独立して活動する存在であった。当時の地区看護師が持つ知識や技能がどれほど専門的であったのかについては、議論の分かれるところであろうが、少なくとも一定の自律性を持って活動する職業の一つであったということではできるだろう。

しかしながら、ボランティア団体による事業実施は、景気動向の変化の影響を受けやすく、財政基盤が不安定になりがちであった。さらに、貧困者には拠出や寄付を求めずにサービス提供していたことが、財政状況をますます困難なものにしていた。在宅看護が目指した普遍的なサービス提供という理念を実現するためには、1930年代にはボランティアによる活動は限界に達していたといえる<sup>5)</sup>。

### 2.2. NHSと在宅看護

NHSの理念としてよく知られる、包括的な保健医療サービスをすべての人に無料で提供するということが、政府文書で初めて明言されたのは、1942年に発表された『ベヴァリッジ報告』である。そして、いかにしてその理念を実現していくのか、具体的なサービス提供に関する構想を示したのが、1944年の『NHS白書』であった。白書は、在宅看護が今後の医療保障制度にとって最も重要な部門の一つであるとして、その価値を最

大限発揮できるように拡大・強化する必要がある、また医療機関との密接な連携が求められているのだと指摘していた<sup>6)</sup>。

それを受けて1946年に制定されたのがNHS法である。NHS法は、病院サービス・一般医サービス・Local Health Authority(地方自治体保健局;以下LHAとする)サービスという三部門からなる制度枠組みを提示し、在宅看護事業はLHAと位置づけられた地方自治体の公衆衛生部によって運営されることになった<sup>7)</sup>。NHS法第25条には、すべてのLHAはその領域内で、ボランティア団体によって、あるいは当局が直接運営することによって、在宅での看護を必要とする人へ看護師の派遣を確保する義務のあることが定められている。

このNHS法の規定は、在宅看護事業をどのように運営していくのかについては、LHAの裁量に任せるということを意味しており、実際に運営方式は各地で様々であった。なぜなら、第二次世界大戦前のボランティア団体による在宅看護事業は、必ずしも全国すべての地域で行われていた訳ではなく、また地方自治体によっては、公衆衛生部の職員である助産師(midwives)や保健師(health visitor)が、在宅看護に関する業務を担っていた場合もあったからである。そこで次節では、NHS発足初期の事業の運営方式および規模という面から、イングランドおよびウェールズにおける在宅看護事業の状況を見ていく。

### 2.3. NHS初期の運営状況

在宅看護事業は従来、ボランティア団体によって提供されていたことから、NHS発足に際して、各LHAは次の3通りのいずれかの方式で事業を運営することになった。第一は、ボランティア団体の看護職をすべてLHAで採用して、直営事業を行うものである。第二は、LHAがボランティア団体に委託して、サービス提供をするものである。第三は、事業の一部を直営、一部を委託するという両方式の併用である。

保健省の年次報告書をもとに、これら3方式の採用状況を見ると、1949年に直営方式をとっていたのは82自治体であり、全LHAの半数強を占めていた。同年には、ボランティア団体への委託は54自治体、併用方式が10自治体であった。併用方式はその後も一定数を維持していたが、委託方式は次第に減少し、1959年には約4分の3を占める111自治体が直営で在宅看護事業を実施するまでになった。

そして、在宅看護事業に従事した看護師の規模は、NHSが開始された1948年には7758人であり、その内訳をみると、常勤が約4割、非常勤が約6割であった。また、LHAに直接雇用されていた者は約65%、ボランティア団体に雇用されていた者は約35%であった。そして需要の増加に応える形で、看護師は10年間で総計1万人を超える規模になり、LHAに直接雇用される者も約8割にまで増加した。常勤職員の割合も上昇し、1959年には約半数がフルタイムで勤務していた。さらに、1950年代後半のイングランドおよびウェールズでは、300人以上の男性看護師が事業に従事しており、男性患者の看護や健康教育の場で活躍していたことが記録されている。

ここで注意しなければならないことは、地域保健活動に従事する看護職の職業資格

制度および養成は、NHS初期にはまだ厳密に定められておらず、とりわけ農村部においては、助産師・保健師・地区看護師の業務を兼業する場合が多かったという事実である<sup>9)</sup>。こうした兼業者は、NHSの各事業でそれぞれ非常勤職員として計上されていた。したがって、NHSの初期の展開の中で非常勤看護職員の割合が縮小していったことは、兼業者の減少としての側面も持っているといえる。

他方、在宅看護を利用した患者数は、1949年には86万5000人ほどであったのが、翌年以降、1950年代を通じて100万人前後にのぼった。患者1人当たりの平均訪問回数は、当初は20回程度であったが、次第に増加し、1958年には24.3回となった。この背景には、病院の入院待機の解消のため、早期退院によって自宅療養を推進するという保健省の意向があった<sup>9)</sup>。医療技術の進歩や衛生状態の改善が入院期間の短縮に貢献したのはもちろんであるが、入院から在宅看護へのシフトが政策的に行われたのである。表aが示すように、NHSの発足から10年余りの間に、平均在院日数は12.6日も短縮されている。

【表a】 病院サービスの利用状況(1949～1959年)

年度	利用可能病床数 (千床)	平均病床利用数 (千床)	退院・死亡者数 (千人)	入院待機者数 (千人)	平均在院日数 (日)
1949	448	398	2937	498	49.5
1950	453	403	3085	531	47.7
1951	462	407	3259	500	45.6
1952	468	416	3414	500	44.5
1953	474	424	3544	526	43.7
1954	477	428	3630	474	43.0
1955	476	426	3706	455	42.0
1956	477	424	3799	431	40.7
1957	477	420	3862	440	39.7
1958	477	418	3963	443	38.5
1959	475	413	4080	476	36.9

出所：Ministry of Health, *Report of the Ministry of Health*, 1960, p.16をもとに作成。

次に、在宅看護のサービス内容について、利用者の疾病と訪問回数をもとに見ていく。表bで示したのは、1953年における年間サービス利用者数と回数および1人当たりの平均利用回数である。利用が最も多いのは内科に関する疾病への看護であり、伝染病や妊産婦の合併症を扱ったケースは少ない。おそらく、伝染病・結核には保健師が、妊産婦には助産師が、携わることが多かったからであろう。ただし利用者1人当たりの1年間に看護を受ける平均回数は、結核患者が最も多く、31.9回である。次に多いのが、内科の20.3回であり、外科がそれに続いて16.9回となっている。

【表b】在宅看護の年間利用者数・回数(1953年)

	内科	外科	伝染病	結核	妊産婦の合併症	その他	合計
利用者数	689,636	259,737	11,686	28,501	11,658	97,080	1,098,298
	62.8%	23.6%	1.1%	2.6%	1.1%	8.8%	100.0%
回数	14,009,557	4,386,910	87,225	908120	103,678	820,584	20,316,074
	69.0%	21.6%	0.4%	4.5%	0.5%	4.0%	100.0%
1人当たり平均回数	20.3	16.9	7.5	31.9	8.9	8.5	18.5

出所：Ministry of Health, *Report of the Ministry of Health*, 1954, p.127をもとに作成。

いずれにせよ、1950年代前半の地区看護師の業務は、利用者・利用回数の総計では内科に関わるものが中心であったことがわかる。NHSが発足したことによって、患者に薬剤を無料で投与できるようになり、たとえばインスリン療法や抗生物質の利用が一般化した。これはすなわち、在宅看護を利用しつつ、自宅で療養する可能性が広がったことを意味している。在宅看護の存在は、NHSの無料のサービスをより多くの患者が享受できるようにする上で、重要な役割を担っていたと言えよう。

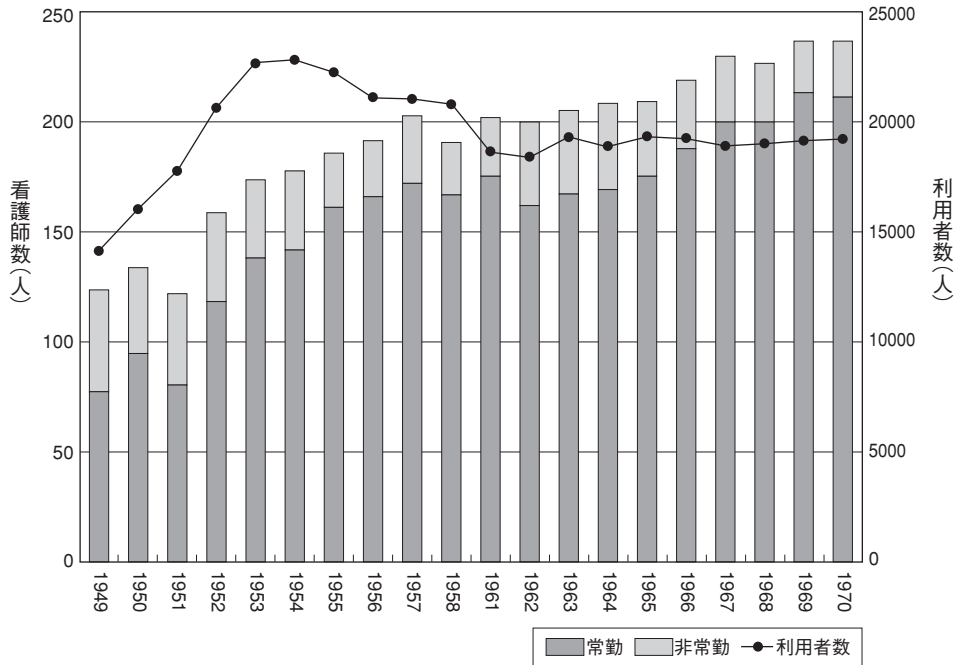
### 3. バーミンガム市の在宅看護事業

#### 3.1. 在宅看護事業の概況

前節で述べたように、在宅看護事業はLHAによって様々な形で運営されていた。そこで、本節では、バーミンガム市における在宅看護の普及の過程を、主としてバーミンガム市公衆衛生部の年次報告書<sup>10)</sup>をもとに概観する。

バーミンガム市では、NHSの発足以前に、4つのボランティア団体が在宅看護サービスを提供していた<sup>11)</sup>。そのため当局は、NHSの下で在宅看護事業を実施するにあたって、4団体を統合し、市の直営サービスとして運営することが望ましいと考えた。そして、市議会と在宅看護サービス団体との交渉の結果、ボランティア団体を解散し、団体が保有していたすべての資産を市に移譲し、看護師を市が直接雇用することが決定された。こうしてバーミンガム市在宅看護事業は、NHSの施行日である1948年7月5日に発足に至った。

【図a】 バーミンガム市の地区看護師数および在宅看護利用者数の推移



注：1959～60年はデータ欠損のため不明。出所：BHC, Report of MOH, 各年度版をもとに作成。

在宅看護事業の規模を看護師数と利用者数によって見ていくと、発足1年後の1949年には、常勤が77人、非常勤が47人の合計124人の看護師が従事しており、利用者数は1万4000人ほどであった。当初は常勤が6割程度であったが、1950年代半ばからは8割を超える水準となった。利用者数は1953年まで毎年10%を超える伸びを示し、その後減少したものの、2万人前後を推移していた。そのため利用者の急速な増加に看護師の増員が追い付かず、人材不足が大きな問題となっていた。当時のバーミンガム市の人口は110万人ほどであったことから、人口の2%弱が在宅看護を利用していたことになる。また、1955年には10人、1961年には15人の男性看護師が雇用されていた。

### 3.2. 在宅看護の業務内容

そこで次に、在宅看護がどのような利用者に対して行われていたのかを検討しよう。バーミンガム市では、1950年代初頭には、65歳以上の高齢者による在宅看護の利用は全体の35%程度だったが、その後、割合が増加し、1960年代に入ると45%前後を占めるまでになったことが記録されている。そして、高齢の在宅看護利用者は、必ずしも専門的な治療が必要ではなく、老化による身体の衰弱のため、生活上の介助のみが必要なケースも多くあったという。

【表c】傷病別・年齢階層別の1ヶ月間の在宅看護利用者数・回数(1952年)

傷病名	60歳未満			60歳以上		
	利用者数	回数	平均回数	利用者数	回数	平均回数
心臓病	154	846	5.5	448	2,951	6.6
肺炎	68	438	6.4	26	230	8.8
気管支炎	135	696	5.2	93	624	6.7
糖尿病	95	3,311	34.9	293	6,474	22.1
関節炎	58	452	7.8	138	915	6.6
癌	61	1,023	16.8	159	2,121	13.3
老衰	6	323	53.8	238	1,385	5.8
その他の疾病	792	3,971	5.0	458	3,530	7.7
結核	234	3,929	16.8	22	389	17.7
外傷	262	1,843	7.0	167	1,634	9.8
手術の予後	139	1,019	7.3	83	857	10.3
貧血	—	—	—	32	110	3.4
脳卒中	—	—	—	42	436	10.4
麻疹	2	15	7.5	—	—	—
その他の伝染病	5	21	4.2	—	—	—
妊娠中の合併症	9	53	5.9	—	—	—
出産後の合併症	5	71	14.2	—	—	—
墮胎	9	46	5.1	—	—	—
産褥熱	6	62	10.3	—	—	—
合計	2,040	18,119	8.9	2,199	21,656	9.8

出所：BHC, *Report of MOH for 1952*, p.44をもとに作成。

表cは、1952年のある1ヶ月間に行われた在宅看護の業務内容に関する調査結果である。この調査では、60歳以上を高齢者として扱っているため、利用者数全体の52%、利用回数全体では54%が高齢者によって占められていることになる。

まず60歳未満の利用者では、最も多い傷病は結核であり、次が外傷である。回数の面でも最も多いのはやはり結核であるが、利用者1人当たりの回数で見ると、老衰の53.8回、糖尿病の34.9回が際立っており、1日1回以上、看護師の訪問を受けていたことになる。

他方、60歳以上で最も多いのは、心臓病による利用者であり、およそ20%を占めている。それに続くのが糖尿病と老衰で、いずれも1割強の割合である。ただし、心臓病患者の利用回数は約3000回であり、1人当たりで平均すると6.6回にすぎない。逆に利用回数が最も多いのは糖尿病で、平均回数も22.1回にのぼる。

全体を通じて、看護師が従事した業務という側面からみると、糖尿病に関する在宅看護は、1ヶ月間に1万回近くにまで達し、業務全体のおよそ4分の1を占めていたことがわかる。

### 3.3. 地区看護師と他職種との連携

NHSの下で行われる在宅看護と、戦前のそれとの違いの一つに、他の医療専門職と地区看護師の連携の深化が挙げられる。先述の通り、かつての在宅看護は公的な医療保障に含まれておらず、必ずしも医師との間で連携がなされていた訳ではなかった。その上、兼業者を別として、助産師や保健師などの看護職と協力する機会も非常に少なかった。ここでは、バーミンガム市の地区看護師に対して、新規に利用者が紹介された件数に基づいて、医師および他の看護職との関係を考察する。

NHSの開始以来、地区看護師が最も頻繁に連絡を取るようになったのは、一次医療を担う一般医であった。1950年に一般医が地区看護師に紹介した利用者はおおよそ1万3000人であり、全新規利用者の約80%を占めていた。その後若干の増減はあったものの、一般医からの紹介は上昇を続け、1957年には新規利用者の93.7%にまで達することとなった。ところが、1960年代に入ると、一般医による紹介は人数、割合ともに減少に転じる。1967年には前年度から1300人も紹介が下落し、一般医からの紹介は全体の7割程度となった。これはおそらく、次節で述べるように、診療所や保健センター等の一次医療機関への地区看護師の配属が拡大した影響だと考えられる。一次医療機関に勤務することによって、地区看護師と一般医との関係は、単なる利用者の紹介から、協働という形に変化した。

また、病院の医師と地区看護師との連携については、たとえば表cで示されていたように、「手術の予後」のために在宅看護が提供されるケースがあった。1950年代から60年代にかけての全国的な傾向として、増加し続ける医療需要に対応すべく、入院患者の早期退院が推進され、在宅看護はその受け皿としての機能を果たした。病院からの紹介は、1957年には新規利用者全体の4.3%にまで激減したが、その後10年間で20%強を占めるまでになった。在宅看護を受ける利用者数全体は、図aにもある通り、1960年代を通じて横ばいであり、一般医による紹介が減少しても、その分、病院からの紹介が増加していたという構図であった。

そして助産師や保健師などのLHAの看護職との連携は、とりわけ1960年代以降に活発になった。地区看護師はその名の通り、従来は地区(district)を単位として、在宅看護を行っていたのであるが、1958年に業務の合理化を目的として、活動拠点である地区看護師センターの再編および管轄領域の広域化が行われた。ただし、それによって在宅看護の拠点数は減少することから、在宅看護に関わる移動時間・距離の上昇を招き、さらに地区看護師と地域社会との係わりが希薄になることが懸念されていた。そこで、1960年代に入ると、市内の1マイル以内に1ヶ所以上設置されていた母子福祉センター(Maternity and Child Welfare Centre)に地区看護師の事務所が設けられるようになった。母子福祉センターは、そもそも母子保健事業の拠点であり、助産師や保健師が常駐していた。そのため地区看護師は事務所の設置により、他の看護職とも密な連絡がとれるようになった。1962年から63年にかけて、在宅看護利用者のうちLHAによる紹介が200人から277人へと前年比4割近く増加したのは、母子福祉センターでの協働が貢献したのだと推察される。



以上のように、NHSという包括的な制度は、在宅看護を誰もが利用できるようにしたというだけでなく、地区看護師が他の様々な医療専門職と共に活動することを促すという意義があった。

## 4. 在宅看護の専門性と機能分化

### 4.1. 地区看護師の養成と専門性

一般に看護師という職業は、伝統的な専門職である医師に対して、「半専門職 (semi-profession)」と見なされがちである<sup>12)</sup>。そして、LHAに勤務する看護職の中でも、地区看護師は専門性の面でも処遇の面でもさらに不利な立場にあった。看護職を研究するには、看護とは何をするを指し、看護師のなすべき仕事とは何なのかという問題を、業務の分化の過程を通じて考察していくことが重要だという<sup>13)</sup>。ここではまず、在宅看護に従事する地区看護師という職業の専門性について考察していくに当たり、養成システムにまつわる問題を中心に検討する。

地区看護師の養成を担っていたのは、第二次世界大戦以前から在宅看護事業を運営していた地区看護師協会である。地区看護師協会は、NHS発足後も地区看護師の養成カリキュラムの策定や資格授与、地区看護師名簿 (Queen's Roll) の管理を行っていた。地区看護師になるためには、まず2年間の教育を受けて国家登録看護師の資格を取得した上で、地区看護師協会の養成講座を受講することが求められた。一般の看護師については6ヶ月間、助産師や保健師などの資格を持つ者は4ヶ月間の講習を受けることになっていた。また、地区看護師名簿への登録を継続するためには、協会の認定する再教育講座を受講し、毎年、本部に年会費を納める必要があった<sup>14)</sup>。NHSが発足し、多くの地方自治体が直営の在宅看護サービスを開始すると、これらに係わる費用はすべて地方自治体が支出することになった。

こうした養成講座や再教育講座は全国18都市で実施され、バーミンガム市はイギリス中西部の地区看護師教育の中心地として、地区看護師協会の後援を受けた研修施設を設置していた。初期の養成講座のカリキュラムは、在宅看護技術、栄養学と糖尿病、環境衛生、保健・福祉・社会サービスという4分野から成っていた<sup>15)</sup>。そして、資格取得には、筆記試験(年3回実施)に合格しなければならなかった。

けれども、在宅看護業務に従事する上で、地区看護師協会認定の講座を受講することや資格を取得することは、当初は法的に義務付けられていなかった<sup>16)</sup>。全国的に見れば、正規の地区看護師教育を受けた者は、約半数に過ぎなかったとも言われている<sup>17)</sup>。バーミンガム市で地区看護師として活動していた看護師にも、国家登録看護師資格しか保有していない者が含まれており、すべての者が地区看護協会の資格を持っていた訳ではなかったのである。

なぜなら、1950年代に協会認定の養成講座を受けるにはおよそ90ポンドの受講料がかかり、多くのLHAは費用負担を歓迎せず、また増大する在宅看護需要に早急に応える必要があったことから、資格取得には積極的ではなかったのである<sup>18)</sup>。その上、LHAの看護師として在職中に養成講座を受講する場合、講習期間中は給与が減額さ

れるため、看護師もまた資格取得には消極的な者が多かった<sup>19)</sup>。1950年代末に地区看護師養成の講習期間の短縮が議論された背景には、少しでも多くの看護師が在宅看護のための正規教育を受けるように促すという目的があった。ただし、養成期間の短縮は、LHAの事業に従事した看護職の中で、地区看護師の専門性をますます低く位置づける恐れがあった。

LHAの看護職員には、地区看護師以外に助産師や保健師がいた。助産師・保健師が20世紀初頭から地方自治体の母子保健事業に従事していたのに対して、地区看護師はNHSによって新たに公的サービスに取り込まれたという違いがある。それに加えて、助産師・保健師には、看護師としての教育訓練に加えて、少なくとも1年の養成期間が課されたことから、短期間で養成される地区看護師の専門性は相対的に低く見なされがちであった。また処遇にもそれが表れており、給与面でも、地区看護師はこれら3つの看護職の中で最も低い水準であった<sup>20)</sup>。

では、このような困難な状況下で、地区看護師はいかなる特性を持った専門職として歩いていくことになったのか。次節では、在宅看護に関わる業務の機能分化の過程を精査する。

#### 4.2. 在宅看護の機能分化

専門職をめぐる社会学的研究においては、一つの職業が専門職化していく際には、専門性を必要としない代替性の高い単純作業部分を業務から分離して、非専門職的な労働者に委譲し、本来の職務に専念することによって、地位の確立が図られるという、機能分化が行われるのが通例だと考えられている<sup>21)</sup>。たとえばアメリカでは、業務の機能に応じた職種設定が行われ、看護師は専門的な機能を果たす者、看護助手は補助的な機能を果たす者という区分が明確になされている。

イギリスの在宅看護については、かつての地区看護師は疾病の治療に関する身体的な処置、患者家族への看護方法の指導を行うのはもちろんであったが、多くの場合において家事援助や相談援助なども行っていた。衰弱・栄養失調・窮乏・アルコール依存・住宅問題・不衛生などに対する指導や相談が、むしろ主であったとも言われている。このように在宅での療養に関わる、あらゆる業務に対応できることは、地区看護師の特質だったと考えられるが、Whiteによれば、こうした業務は専門的な看護というよりも、単なる「救済」に過ぎなかった<sup>22)</sup>。

そして、NHSの発足によって在宅看護の利用者は急速に拡大したことから、在宅でのあらゆる援助に地区看護師が関わることは困難になっていた。そこで、限りある人材を有効に活用することが必要となり、専門的な看護とそれに付随した業務との機能分化がなされていくことになった。また、地区看護師自身も自らの専門性の向上と処遇の改善を求めていた。こうした事情から、一方では在宅看護に関連する付随的あるいは補助的な業務の分離独立、他方では地区看護師の内部での専門性の進展が行われ、これら二つの方向性で業務の機能分化がなされていった。以下、バーミンガム市における在宅看護および関連業務の機能分化の過程を年代順に挙げていこう。

第一に、1950年にLHAのホームヘルプ事業部門において、夜間付添(night watchers)が導入された。これは、長期療養中であるが専門的な看護が必要ではない患者を対象に、家族の看護負担の軽減を意図して導入され、1950年代を通じて20人前後が業務に従事していたことが記録されている<sup>23)</sup>。ただし、実際にサービスを利用したのは当初の意図とは異なり、独居する高齢者が多数であったことを指摘しておきたい。

第二に、在宅で療養生活を送る上では、住居の衛生状態の保持が重要な事柄であることから、シーツや毛布などのベッドリネンの貸与と洗濯をするサービスが1951年に開始された<sup>24)</sup>。NHSの大部分のサービスは無料であったが、この洗濯サービスについては、資力調査に基づいた課金となされた。ベッドリネンのセット1組を借りる場合に、1回につき最大で2シリングの支払いが求められ、週に1~2度のペースでの利用が想定されていた<sup>25)</sup>。

第三に、1952年に導入された入浴介助サービスが挙げられる。医学的な処置や特別な看護技術を必要としない入浴や清拭については、地区看護師ではなく、新たに導入された入浴介助者(bathing attendant)によってサービスを提供した。入浴介助の担い手は、短期間の研修を受けたパートタイムの主婦であり、看護師資格の有無は問われなかった<sup>26)</sup>。これは在宅看護事業の一部として実施されたことから、サービスの利用は無料であった。

第四は、1954年の小児在宅看護部門(Children's Home Nursing Unit)の創設が促した地区看護師の内部における専門化の兆しである。幼児の病状は急変しがちであり、迅速かつ専門的な対応が求められることから、小児看護の訓練を受けた看護師によって、医学的かつ養育的な在宅看護を提供した。しかしながら、小児看護部門に従事したのは、バーミンガム市地区看護師200名弱のうち、わずか2名のみであった<sup>27)</sup>。

第五に挙げられるのは、1960年代以降、診療所や保健センターなどへ地区看護師の配属が拡大していったことである。これは、アタッチメント・スキームと呼ばれ、配属された地区看護師は診療所を訪れる患者の傷の手当、注射、予防接種、採血、各種の検査等に従事しつつ、患者宅の訪問も行うことになった。アタッチメント・スキームは、一般医と地区看護師との連携を密接にただけでなく、患者の症状や治療法に関する地区看護師の専門的知識の向上につながった。また、医師の往診が必要なケース、在宅看護のみで対応できるケース、ホームヘルパーが派遣されるべきケース等の判断が、適切に行われるようになったと評価されている<sup>28)</sup>。

【表d】 バーミンガム市における在宅看護関連業務の機能分化

専門性	業務	従事者	NHSの事業区分	開始年
 <p>高</p> <p>低</p>	小児在宅看護	地区看護師(小児科)	在宅看護	1954
	診療所・保健センター配属	地区看護師	在宅看護	1960
	在宅看護一般	地区看護師	在宅看護	1948
	入浴介助	入浴介助者	在宅看護	1952
	夜間付添	ホームヘルパー	ホームヘルプ	1950
	洗濯サービス	市営洗濯施設	疾病予防・ケア・アフターケア	1951

出所：BHC, *Report of MOH*, 各年度版をもとに作成。

こうした在宅看護および関連業務の機能分化の様相を、サービス提供に求められる医学的な専門性という観点からまとめたものが、表dである。医療を提供する上で特別な配慮が必要となる小児を対象にした在宅看護は、地区看護師として最も高い専門性が求められる業務と位置づけられるのに対して、入浴介助や夜間付添、洗濯サービスは看護師でなくても提供可能な、さほど高い専門性を求められないサービスであると言える。

ただし、診療所や保健センターへの地区看護師の配属という形での機能分化については、地区看護師の医学的な専門性を高め、在宅看護の質を向上することになったが、同時に「半専門職」としての側面を強化する要素もあった。なぜなら1960年代に医療機関に勤務していた地区看護師は、基本的に医師の補助業務に従事し、専門職としての自律性を十分に獲得していたとは言い難い状況に置かれていたからである。

すなわち、バーミンガム市における在宅看護の機能分化の過程で見られた、地区看護師の専門性の進展は、専門的な知識の量やサービスの質の向上には貢献したが、専門職としての自律性の獲得という面では必ずしも成功したとは言えない。1950～60年代にかけて在宅看護が普及する中でなされた機能分化は、部分的に効果を上げたものの、地区看護師は依然として「半専門職」という曖昧な存在であったのだと考えられる。

## 5. おわりに

本稿は、戦後イギリスにおいて在宅看護事業が普及すると同時に、地区看護師の業務に機能分化がなされていったことを検討してきた。在宅看護事業は、かつてのボランティア団体による活動から、公的な事業の一部に取り込まれたことで、サービスの対象者が格段に増加することになった。NHSによって診療所や病院での治療に加えて、無料の在宅看護がもたらされたことは、当時の人々の健康に対する不安を大幅に軽減した。さらに、薬剤や医療技術の発展とあいまって、必ずしも病院での治療が必要でなく

なった傷病も数多くあり、在宅における療養の可能性は広がった。

ただし、NHSという医療保障制度は、国の予算制約の下で運営されていることから、限られた医療資源をいかに有効に活用するかが常に問われている。最も必要とする人が適切に治療を受けられるようにするためには、何らかの方法による患者の順位付けが求められ、時には長期にわたって自宅で療養生活を余儀なくされる場合もある。そのような状況下で在宅看護は、在宅で療養する人々の健康状態の維持・向上に少なからず貢献していたということができよう。そして、在宅看護の需要増加に対応する過程で、地区看護師の業務には機能分化がなされ、医療専門職としての方向性もおぼろげながら形成されつつあった。

だが、1950～60年代における在宅看護事業のあり方は、LHA全体が補助的な役割を果たすというイメージの強化につながったようにも思われる。在宅看護は業務の性質上、入院待機や早期退院の受け皿としての役割を果たしていたが、その結果、在宅看護は病院に従属的に存在するものだというイメージが固定化されてしまった。総じてLHAの事業は、NHSの残余的な機能を担っていたと評されており<sup>29)</sup>、中でも最大の職員規模であった在宅看護事業が、こうしたイメージの形成を一層促したのではないだろうか。当初の予想を上回る需要の増加は、LHAが長年公衆衛生で培ってきた疾病予防に関する特性を希薄化させ、補助的な役割のみを与えることになった。本稿では詳しく触れることはできないが、後に1974年のNHS組織再編では、その帰結としてLHAが解体されるに至った。

最後に、本稿を締めくくるにあたって、イギリスの在宅看護を研究していく上で留意しなければならない今後の研究課題として、以下の3点を挙げておく。

第一に、本稿は地区看護師の人数やサービスの種類、利用者数などをもとに考察をしてきたが、事業の運営において最も重要となる財政状況や、看護職の処遇に関わる具体的な給与水準については、資料の制約上、言及することができなかった。在宅看護の経済的側面に関して明らかにすることができれば、NHSにおける在宅看護事業および地区看護師の位置づけがより明確なものとなるだろう。

第二に、これは政府や地方自治体の報告書に多くを依った研究の限界であるのだが、サービスの受け手である利用者の視点が欠けてしまったことである。バーミンガム市LHAは、在宅看護の機能分化はサービスの質を向上させたと評価していたが、果たして利用者の目にも、そのように映っていたのかは定かではない。NHSは1974年以降、コミュニティ保健協議会(Community Health Council)を設置し、政策への住民参加を促すことになるが、それ以前の時代には、住民はNHSをどのように捉えていたのか、精査する価値はあるといえる。

第三に、在宅看護の機能分化に関連して、ホームヘルプとの役割分担のあり方を詳細に比較検討していく必要があるだろう。1971年のシーボーム改革によって、地方自治体に対人社会サービス部(Personal Social Services Department)が創設されるまで、ホームヘルプはNHSの事業として提供されていた。この改革が在宅看護に、ひいてはNHSにどのような影響を及ぼしたのかを検証していかななくてはならない。

本稿が論じた在宅看護の機能分化は、1960年代にはまだ不十分なものであったと言わざるを得ないが、地区看護師が「半専門職」を脱し、「専門職」として発展していくための、端緒であったことには違いない。イギリスの診療所に勤務する看護師は、その後1990年代に、薬剤の処方権が認められ、一次医療機関において、一般医と並んで、患者の診察にも携わることができるようになる。地区看護師の変遷を研究していくことは、イギリス医療へのより深い理解をもたらすだけでなく、日本の地域医療の将来を考えていく上でも、示唆に富んだものとなることだろう。

## 註

- 1) Webster, C. *Problems of the National Health Service before 1957 (The Health Services Since the War, Vol.1)*, HMSO, 1988.
- 2) White, R. *The Effects of the National Health Service on the Nursing Profession 1948-1961*, King Edward's Hospital Fund for London, 1985.
- 3) 地区看護師の沿革については、Stocks, M. *A Hundred Years of District Nursing*, George Allen and Unwin, 1970, および田端光美『イギリス地域福祉の形成と展開』有斐閣、2003年、30-33頁などを参照。
- 4) 地区看護師は、無料の看護、訪問時の料金徴収禁止、施しの禁止という3つの原則に従って活動していた。Fox, E, “Universal Health Care and Self-help: Paying for District Nursing before the National Health Service”, *Twentieth Century British History*, Vol.7, No.1, 1996, p.87.
- 5) Fox, *op. cit.*, pp.103-109.
- 6) Ministry of Health, *A National Health Service*, Cmd.6502, HMSO, 1944, p.63.
- 7) 初期のNHSの制度枠組みおよびLHAの役割については、白瀬由美香「イギリス地域保健サービスの形成：NHA成立の一側面」『大原社会問題研究所雑誌』第586・587号、2007年9・10月を参照。
- 8) Ministry of Health, *Report of the Ministry of Health*, 1954, p.109, p.124.
- 9) Bridgen, P. ‘Hospitals, Geriatric Medicine, and the Long-term Care of Elderly People 1946-1976’, *Social History of Medicine*, Vol.14, No.3, 2001, pp.513-514.
- 10) Birmingham Health Committee, *Report of the Medical Officer of Health*, 各年度版。なお、以下では、Birmingham Health CommitteeをBHC、Medical Officer of HealthをMOHと表記する。
- 11) 4団体とは、Birmingham District Nursing Association、Aston Manor Nursing Institution、Harborne District Nursing Society、Selly Park and Dad's Lane Estate District Nursing Societyであり、19世紀末より市の財政的な援助も受けて活動を

していた。Morris, I.M., *A Century of District Nursing in Birmingham: 1870-1970*, Queen's Institute of District Nursing, 1970, p.17.

- 12) 「半専門職」をめぐる議論は内外に数多くある。日本における代表的な研究としては、天野正子「看護婦の労働と意識：半専門職の専門職化に関する事例研究」『社会学評論』第22巻、第3号、1972年が挙げられる。
- 13) Dingwall, R., Rafferty, A. M. and Webster, C., *An Introduction to the Social History of Nursing*, Routledge, 1988, p.4.
- 14) 1950年代前半には、地区看護師協会の年会費は3ポンド15シリングであった。BHC, *Report of MOH for 1953*, p.159.
- 15) Merry, E. J. and Irven, I. D., *District Nursing*, Bailliere Tindall and Cox, 1955, pp.64-69.
- 16) 実際、保健省が養成講座の受講を義務付けたのは1979年のことである。
- 17) White, *op.cit.*, p.144.
- 18) *Ibid.*, pp.148-149.
- 19) 保健省は1961年に養成講座の期間中も通常通りの給与水準を保証することを勧告し、それによってようやく地区看護師側の資格取得意欲を高めることができた。BHC, *Report of MOH for 1961*, p.133.
- 20) 看護職間の給与差については、1950年代のLHAにとって、地区看護師よりも保健師の人材不足が深刻な問題であったため、保健師を厚遇したのだとも言われている。White, *op. cit.*, p.159.
- 21) 天野、前掲論文、40頁。
- 22) White, *op.cit.*, p.143.
- 23) BHC, *Report of MOH for 1958*, p.38.
- 24) これは、NHS法第28条「疾病予防・ケア・アフターケア」に関する事業として位置づけられており、自宅療養中の患者と高齢者へのサービス提供を目的としていた。
- 25) BHC, *Report of MOH for 1950*, pp.193-194.
- 26) BHC, *Report of MOH for 1953*, p.159.
- 27) Morris, *op. cit.*, p.21.
- 28) BHC, *Report of MOH for 1966*, p.131.
- 29) Webster, *op. cit.*, p.373.