

「近代日本における結核看護の歴史」

目 次

序 章

はじめに	1
1. なぜ結核看護の歴史を問題とするのか	1
2. 研究目的	3
3. 研究方法	4
1) 研究デザイン	4
2) 研究対象とする歴史資料	4
3) 研究対象とする疾患名	4
4) 用語の使い方	4
(1) 本研究における「結核看護」の定義	
(2) 「看護婦」の表記	
(3) 「看護教育」の概念	
(4) 引用文の取り扱い	
4. 結核看護の各時期における特質（時期区分）	5
5. 第I章～第VII章で論じる内容	11
6. 結核看護史の第I期～第VI期における結核看護に関する論文	12
7. 各結核看護史の時期において発刊された結核看護教育書にみる肺結核看護	14
1) 用語の定義	15
2) 対象文献	15
3) 分析方法	15
4) 結核看護史の時期区分において発刊された結核看護に関する教育書における看護の特徴について	15

第I章 近代日本の結核病史をめぐって

はじめに	30
1. 「結核」の語源	30
2. 結核の起源と日本最古の結核患者	31
3. 結核の流行の推移	32
4. 結核の病態および結核患者の死亡率	34
1) 結核の感染と発病	34
2) 結核の病理所見と発病に関する要因	35
3) 結核治療法の変遷と民間療法	35
4) 結核の症状	38
5) 結核の死亡率	40
5. 結核患者の心理状態への注目	44
6. 文学にみる結核患者の心理—著名な文学からの紹介	48
7. 看護学書の歴史	51
1) 明治初期～明治中期までの看護学書	51
2) 初期の看護婦による看護学書および看護雑誌の歴史	53
3) 初期の看護史書	54
8. 結核の医学史にみる看護婦の活動	55

9. 結核看護史研究の現在	57
10. 結核政策の概要	59
11. 医療保障の充実—社会保険制度の始まりから国民皆保険へ—	62
12. 「看護関係法令の変遷」および「複雑な看護婦養成制度をもたらした看護教育」	63
1) 看護関係法令の変遷	63
2) 複雑な看護婦養成制度をもたらした看護教育	65

第Ⅱ章 結核看護史第Ⅰ期 1882年～1901年、Robert Kochが結核菌を発見した年から日本で初めて取り組まれた「畜牛結核予防法」制定までの「結核対策混迷期」

はじめに	71
1. 近代看護教育が始まるまでの医療と看護の歴史に関する概要	71
2. 日本の近代化の影響による結核の蔓延と結核患者の療養の場	73
第1節 結核政策	74
第2節 結核治療	78
第3節 看護教育制度	80
1) 男性看護人の養成	86
2) 日本で最初の病院看護婦	89
第4節 結核患者の看護実践	90
1. ナイチンゲール方式の近代看護婦教育を受けた看護婦による急性感染症看護の明文化	90
2. 派出看護婦に求められた急性感染症看護	91
3. 派出看護婦による活動当初の患者および避病院（伝染病院）の設置による施設における看護実践	92
4. 医科大学病院における結核患者の療養上の世話および結核患者の診療の補助	94
5. 『看病の心得』および『看護婦派出心得』にみる「療養上の世話」と「診療の補助」について	94
1) 平野鑑『看病の心得』（1896年）にみる結核患者の「療養上の世話」と「診療の補助」	94
2) 『看護婦派出心得』にみる「療養上の世話」と「診療の補助」	96

第Ⅲ章 結核看護史第Ⅱ期 1902年～1919年、日本で最初の予防法令である「肺結核予防二関スル件」（内務省令第1号）から「結核予防法」が制定された「結核対策創生期」

はじめに	107
第1節 労働者保護を目的とした「工場法」および女工の生活実態、結核予防団体の創設	108
1. 労働者保護を目的とした「工場法」および女工の生活実態を中心に	108
2. 結核予防対策が叫ばれ設立された結核予防団体の創設	110
第2節 結核政策	111
第3節 結核治療	116
1. 結核医療の中核となる日本結核予防協会の誕生および全国結核予防連合会の活動内容	116
2. 結核治療の内容	117
第4節 看護教育制度	117
第5節 結核患者の看護実践	119

1. 結核対策と病院勤務の看護婦の健康	120
2. 戦時下における看護婦の背景および質の低下	121
3. 派出看護婦会の規則および派出看護婦会による看護の質向上	121
4. 『実地看護法』における結核看護法	123
1) 結核患者の療養上の世話	125
2) 結核患者の診療の補助	127

第IV章 結核看護史第III期 1920年～1936年、戦時下において医療体制が発達した「結核対策増進期」

はじめに	141
第1節 結核政策	142
第2節 結核治療	144
第3節 看護教育制度	147
第4節 結核患者の看護実践	148
1. 結核看護事業に貢献した看護婦	149
2. 東京市療養所における結核看護	149
1) 東京市療養所が求めた看護婦の資質	149
3. 病院における看護業務に関する資料の限界	150
4. 病院に看護婦が定着した背景および看護婦の質低下への懸念	150

第V章 結核看護史第IV期 1937年～1950年、「保健所法」の制定から「新結核予防法」に至るまでの「結核対策発展期」

はじめに	153
1. 戦争の拡大と国民生活への影響	153
2. 戦時の子どもと女性への影響	155
3. 敗戦後の国民の貧困生活と結核患者への差別	157
4. 看護関係者の行政面への進出、および戦後のGHQの進駐による看護教育改革	158
第1節 結核政策	159
第2節 結核治療	163
第3節 看護教育制度	168
1. 看護婦教育年限の短縮	170
2. 戦時下の看護婦教育—教育年限の短縮	170
3. 終戦後の看護婦教育	171
4. 看護教育の高等教育機関としての大学教育の創設	175
第4節 結核患者の看護実践	175
1. 結核患者の療養上の世話	176
1) 日常生活の看護	176
2) 感染予防の看護	176
2. 結核患者の診療の補助	177
1) 創傷治療の看護	177
2) 注射法	178
3. 1950年までの「結核」および「看護」に関する論文にみる結核看護の実際	178

第VI章 結核看護史第V期 1951年～1961年、「新結核予防法」制定から結核患者登録票を用いた患者管理が全国一斉に実施されるまでの「結核対策全盛期」

はじめに	188
第1節 結核政策	190
第2節 社会保障制度の確立に向けた患者運動	192
1. 患者同盟および日患同盟の誕生	193
2. 朝日茂と患者運動	198
第3節 結核治療	202
第4節 看護教育制度	206
1. 私立・公立・国立の大学教育の創設	206
第5節 結核患者の看護実践	207
1. 医師不足解消のための保健婦駐在制	207
2. 1951年～1961年までの「結核」および「看護」に関する論文にみる 結核看護の実際	210
1) 結核患者の療養上の世話	211
2) 結核患者の診療の補助	219
3) 1951年～1961年における結核看護研究の特徴	222

第VII章 結核看護史第VI期 1962年～1974年、結核患者の管理体制が実施された「結核患者管理確立期」

はじめに	227
第1節 結核政策	229
第2節 結核治療	229
第3節 看護教育制度	230
1. 高等学校衛生看護学科の新設	231
2. 看護の単科大学の創設	231
3. 1967年11月「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」改正	231
4. 男性看護職の拡大、カリキュラムの男女同一化	233
第4節 結核患者の看護実践	234
1. 結核病棟の看護管理の進展	234
2. 1962年～1974年までの「結核」および「看護」に関する論文にみる 結核看護の実際	234
1) 結核患者の療養上の世話	254
2) 結核患者の診療の補助	255
3) 患者の実情	256
4) 看護方針	261
(1) 大学病院の結核病棟	261
(2) 結核療養所	268

終章 まとめと課題

1. 本研究のまとめ	282
2. 結核看護の本質	294
3. 今後の課題	297
おわりに	297
資料	289
拙稿	

序 章

はじめに

1. なぜ結核看護の歴史を問題とするのか

今日においてもなお感染症の蔓延が繰り返されている。ことに2019年に発生した新型コロナウイルス感染症では世界規模での大流行が起き、さまざまな感染症対策が講じられてきたが、多数の死亡者がみられた。感染症対策として公衆衛生が極めて重要となり、各個人には感染予防対策が求められ、感染経路を断ち切るための手洗い、マスクの着用、手指消毒、密閉、密集、密接を避けることなどの注意喚起とともに、ワクチン接種の推奨が繰り返し勧められてきた。しかし、複数での飲食などによるクラスターの発生や職場内あるいは家庭内感染までも引き起こし、患者数の増加による入院病床数の不足を招き、在宅療養も余儀なくされてきた。

新型コロナウイルス感染症の長期化問題は、経済や雇用にも影響を与え、子どもを中心に貧困が加速し、人間関係の希薄化もクローズアップされ、感染後の重症化や患者隔離は、人々の生命や生活に不安や恐怖を与えるなどのさまざまな弊害をもたらしてきた。一方で、患者の治療や看護にあたる医療者も、隔離された環境下での過密労働や自らの感染や家庭内感染への恐怖などから、心身ともに疲弊した状況にあった。医療者のなかでも特に看護師は、患者の最も近くで日常生活支援を行なう立場にあるが、このこと以外にも病状の進行に寄り添い最期を看取らなければならない苦境に立たされ、苦悩することが少なくないため、心労の重積などで離職にまでつながったケースもみられた。

このような感染症による患者や医療者への影響は、現在に始まったものではないが、感染症の原因が確定できず治療法もなく、現在の利便性に優れたケア用品がなかった時代においては、どのような看護が行われていたのだろうか。この知見を得るためには、歴史において死亡者数が多かった疾患を取り上げ、その看護の歴史的事実を明らかにすることが必要である。

しかし、医学史を専門とする立川は、終戦後20数年を経た時点において、「これまで、人間の病気にたいする知識（医学）の発達については、十分配慮されてきたが、病気そのものの歴史についてはほとんど注意されなかった」¹⁾と述べている。

また、その他にも、病気は時代によって移り変わり、消えた病気もあれば新しく生まれた病気もあり、病気の生態も時代によって性状を異にすることなど、病気が歴史的な性格をもつことから、「過去の病気を知ることはまた、現在の病気を理解し、未来の病気を予察するひとつの有力な手がかりとなるにちがいない」²⁾と、病気の歴史を探る意義を述べている。

一方、看護の立場からみれば、従来、看護は医学の発展に沿って発展してきたことから、病気の看護の歴史を探究していくことは、これから先の医療の発展においても求められる看護者の資質、および看護実践について予察できることなどに看護史研究の意義があると考える。

以上のことから、歴史における感染症の看護をみていくために注目すべき疾患は、時代を経ても戦後まで治療法が見つからず長期療養を伴った「結核」とした。

しかし、先行研究から資料を得たいが、結核患者の看護実践について書かれた文献は意外に少ない。

戦後 30 年以上を経た結核看護の書籍には、医療の成果に注目されてきたことが次のように記されている。³⁾

結核の歴史においては、疾病、医療に関する多様な研究の中でも結核治療に重点が置かれてきた。結核は長期療養を要する慢性伝染病で、医療面を持った社会病といわれているように、今日まで人類が受けてきた被害には計り知れないものがある。これに対し、多くの学者によって、種々研究が行われ、その成績が直ちに結核対策に反映され、輝かしい成果をあげてきた

結核の社会史について著した青木純一は「結核が治る病気になって以後、結核を扱った研究書は膨大にある。しかし、多くは医学的専門書」であると指摘している⁴⁾。青木が同書に取り上げている書籍でみた場合、医師と治療の対象となった患者の存在はあるが、医師と患者を繋いでいる看護婦についての記載はほとんどみられない。青木が紹介してある書籍には、年代順に、財団法人結核予防会『結核のあゆみ』⁵⁾ (1959 年)、岡西順二郎『結核絶滅へのみち』⁶⁾ (1973 年)、小松良夫『わが国の結核 明治から今日まで』⁷⁾ (1973 年)、福田真人『結核の文化史—近代日本における病のイメージ—』⁸⁾ (1995 年)、小松良夫『結核—日本近代史の裏側—』⁹⁾ (2000 年)、青木正和『結核の歴史』¹⁰⁾ (2003 年)の書がある。医師目線ではなく、結核患者の立場に立って書かれた書では、青木純一による『結核の社会史—国民病対策の組織化と結核患者の実像を追って—』¹¹⁾ (2004 年)がある。この書において、結核を扱った書籍は医学的専門書であり、そこに患者の存在が描かれていないことを指摘している。しかし、この書においても、医師と結核患者の間に存在していた看護婦については当時の看護を把握できる内容になっていない。その他にも、日本近代文学を専門としている北川扶生子は、結核を扱った研究書が医学的専門書であることを指摘している。北川の『結核がつくる物語—感染と読者の近代』(2021 年)では、結核について調べはじめた頃に「患者の声が聞こえない」こと、そして、結核に関する資料は膨大にあるが「その多くは、医学や政策に関するものです」と記されている¹²⁾。しかし、それ以外にも言えることは、結核患者の身近で看護を行ってきた「看護婦の声が聞こえない」ということである。

このように、結核史そのものを記した書は医師によりまとめられ、結核政策、結核医療に関する資料は膨大にあり、医療を提供する医師と医療を受ける患者との関係は見られるものの、結核医療の場で患者の苦悩に寄り添っていた看護婦との関係についてはほとんど語られていない。

しかし、医療は医師と患者との関係によって成立するものではなく、両者の間には少なからず看護婦の存在があるはずである。医療を受ける患者は何らかの身体的支援や心理的支援、社会的支援を必要としているからである。重症患者の場合は、なお一層、軽症患者よりもこれらの支援が求められるものである。

一般に患者への支援提供者としては、患者の家族や身近な人、日頃から信頼を寄せている人が挙げられるが、医療者の中でも看護婦の存在は患者にとって大きいものではないだろうか。

したがって、医療は、その発展のために、患者の症状や経過、治療成績等をみていくこ

とが重要ではあるが、医師と患者を繋いでいる看護婦の存在を無視することはできない。

しかし、現在においても、医療の歴史研究に結核患者の看護の事実が残されていないこともさることながら、看護の歴史のなかで結核看護について具体的に記されているものはほとんどみられない。結核と格闘した重症結核患者に寄り添った看護婦は、患者と同様に苦悩し、自身が行った看護について逡巡することもあるであろう。

歴史に生きた患者とその結核患者に向き合った看護を辿り、歴史に学ぶことは、現在の看護に通じて活かされている看護から、看護の本質とは何かを明らかにすることでもある。現在は、看護業務も効率化が進み、このことは、さらにより一層求められるようになったものの、患者が求めている看護はどの年代においても変わらないものではないだろうか。ここに、看護として大切にすべきことがみえてくると考える。結核看護の歴史について、その事実をみていくためには、看護の歴史書や看護史研究から明らかにしていくことが最良と考えられるが、看護職における歴史研究は多くない。

歴史研究は過去の史料を評価し検証する過程をとおして歴史の事実を明らかにし、また、それらの関連を追究する手法をとる。したがって、看護を対象とする看護歴史研究では、看護歴史の通史、看護制度史、看護教育史、個人史の他にも、社会史、医療制度史、医療史、社会福祉史などから、医療施設・患者・医師の関係を捉え、そして、そこに医療政策や治療に多くの人が苦悩した疾患とその看護を行った看護婦の存在を据えてみていくことで、看護歴史研究において新たな特定の看護歴史の一分野を拓くことができると考える。

以上のことから、結核看護の歴史に焦点を当てる理由は次の**3つ**が挙げられる。

1つ目は、結核の文献は医療政策、結核医療に重点が置かれ、医師と患者については記されているが、医師とともに医療者として患者に寄り添っていたはずの看護婦は欠落しており、結核看護について具体的に綴られた文献が乏しいこと。

つまり、結核史を語る際には、結核患者と医師との関係に看護婦の存在を加え、これまでほとんど記されてこなかった結核患者の看護の事実を明らかにし、結核史を医療と看護の両面から捉えることが必要である。

2つ目は、戦時下であった時代から終戦後の時代に生きた結核患者は、結核蔓延の原因の誤った諸説の中で療養し、身体的・心理的・社会的苦悩を抱いていたこと。結核は貧困と結び付き、患者の療養生活の質や回復後の生活に不安をもたらすなどの影響が大きいこと。それゆえ、結核患者の実態をみていくためには、看護を明らかにしなければならない。

3つ目は、結核の長期療養で人生が変わり苦悩する患者の心情に、看護婦はどのように寄り添ってきたのか看護の事実が十分見えないこと、結核看護の事実について歴史を通してまとめられた結核看護史研究が十分なされていないことである。

このような背景から、本研究の課題が明確となった。

2. 研究目的

かつて日本で猛威をふるった結核については、これまで結核看護に焦点をあてて時代の流れをとおして記された文献が見られないことから、本研究の目的は、歴史における結核政策および結核治療、看護教育制度の背景をとおして、医療施設に入院した結核患者に対して看護婦が行なった結核看護の歴史的事実について明らかにすることである。

なお、結核看護の実践内容については、看護の役割そのものが、1948年「保健婦助産婦看護婦法」の制定において2大看護業務とされた「療養上の世話」と「診療の補助」があり、これは現在まで継続され、患者の回復過程にとって重要な意味を持っていることから、この2つの視点を中心として明らかにする。

3. 研究方法

1) 研究デザイン

歴史研究の手法による。当時の史資料を収集し、分析を通じて事実を明らかにする。

2) 研究対象とする歴史資料

本研究が依拠した史料は、1次資料として、患者および看護婦・医師などによる手記、雑誌『療養生活』、結核に関する論文など当事者によるものとする。

2次資料は、医療史、看護史、看護教育史、看護技術史、結核看護の記述がある看護婦教育用書籍、結核医療に関する書籍、看護白書、結核予防協会による出版物ならびに結核に関する各種出版物などである。

その他、結核に関する論文、病院・療養所の沿革史ならびに年史などの先行研究を対象文献とした。

3) 研究対象とする疾患名

結核の症状は多様であるため、本研究で研究対象とする疾患名を明確にしておく必要がある。結核は身体中に病巣をつくる全身病であり、大多数を占めるのは肺結核であることから、本研究で対象とする結核は「肺結核」とする。

結核に罹患した臓器については、「結核のおよそ八五％は肺結核で圧倒的に多く、胸膜炎一三％、粟粒結核一・五％、腸結核〇・九％、脊椎カリエス〇・八％などの順になっている。このほかの部位の結核はいずれもずっと低率である。また、他人に結核をうつす感染源となるのは肺結核患者で、ほかの部位の結核で他人への感染源となるのは喉頭結核くらいである。そういう意味からも肺結核が結核の中心的な病気と考えられる」とされている¹³⁾。

4) 用語の使い方

用語の使い方は、次のように取り扱う。

(1) 本研究における「結核看護」の定義

本研究における「結核看護」の定義は次のように規定する。

結核看護とは、「専門職として病院および療養所に常駐して患者を看護している者」とする。付添婦や家庭で患者を看護することを指すわけではない。

(2) 「看護婦」の表記について

2002年3月、「保健婦助産婦看護婦法」が「保健師助産師看護師法」に改正され、名称表記が、「保健師」「助産師」「看護師」となったことから、本研究では、2002年以前の歴史的事実を扱う関係上、「看護婦」の表記とする。

(3) 「看護教育」の概念について

看護教育は、一般に看護婦免許を取得するための基礎的な教育を指すことが多いが、助産婦、保健婦の養成教育を含めることもある。看護教育に類似した言葉には、看護婦養成もある。看護婦養成は、卒前教育に卒後教育を含めて行われている。しかし、戦前の看護婦養成は、卒後教育を含めない看護婦資格取得のための教育である。また、産婆は産婆規則、保健婦は保健婦規則とそれぞれの独自の規則に基づいて行われてきた。戦後は、1948年「保健婦助産婦看護婦法」の制定により、従来は看護婦と別体系で行っていた教育が一本化され、保健婦および助産婦はすべて看護婦教育の履修を必要とするようになった。

看護教育の概念について氏家は、以下の4つがあるとしている¹⁴⁾。

- ①看護婦を養成するための教育
- ②看護職（保健婦・助産婦・看護婦）を養成するための教育
- ③看護婦となるための基礎教育に継続教育を加えたもの
- ④看護学教育（看護婦の資格取得とは無関係）

これらのことから、本研究では近代日本における結核看護の歴史をみていくため、看護教育の概念は、氏家の①「看護婦を養成するための教育」として、「看護教育」の言葉を使用する。

(4) 引用文の取り扱いについて

引用文の取り扱いについては、次の通りとする。

- ・文中の引用文の旧字体は、新字体とする。但し、原文通りとした方がその年代を感じられると判断した場合は、旧字体を使用する場合もある。
- ・旧かな使いについては原文通りとする。
- ・原文中の記号および符号は、そのままの形で引用する。
- ・引用文中には差別的表現があっても原文の歴史性を考えてそのままとする。

4. 結核看護の各時期における特質（時期区分）

本研究では、結核問題に関連して生じた結核看護の歴史的事象を明らかにしていくが、それには、結核看護史をみていくための前提として時期区分をしておく必要がある。そこで、既存の結核史の時期区分を調査し、それを基に日本における結核看護史の時期区分について考察した。

結核看護の歴史をみていく年代は、結核が蔓延し結核対策が切望された19世紀末から、長期化学療法の時代へ移行する1970年代までとして検討した。

結核史に関する時期区分は、青木正和による『日本における結核療養所の歴史と時期区分に関する考察』¹⁵⁾1件が検索された。この論文には、「青木正和の区分（2004年）」、「島尾忠男の区分（2008年）」、「戸井田一郎の区分（2008年）」について紹介されている。

3者の区分については、「既存の結核史の時期区分」として次の表1にした。

表1 既存の結核史の時期区分

結核研究者	第Ⅰ期	第Ⅱ期	第Ⅲ期	第Ⅳ期	第Ⅴ期	第Ⅵ期
青木正和	明治～1913年 「結核対策萌芽期」	1914年～1945年 「生育期」	1946年～1960年 「確立期」	1961年～1973年 「最盛期」	1974年～2001年 「転換期」	2002年～現在 「新結核対策実施期」
島尾忠男	1889年～1918年 「主な被害者は若い女性」	1918年～1930年 「インフルエンザの大流行の影響で結核死亡率減少」	1930年～1943年 「結核は第2次工業化、戦時状態とともに再度増加」	1943年～1975年 「第2次世界大戦の影響と結核対策の成果」	1975年～現在 「結核減少の停滞、再増加」	
戸井田一郎	明治～1935年頃 「結核対策の移り変わり－明治から昭和10年代初期まで」	1935年頃～1945年 「戦争の拡大と国家医師としての結核対策」	1945年～1951年 「敗戦と占領下の結核対策」	1951年～1975年 「経済回復と『新・結核予防法』の成立－結核の急速な減少」	1975年～現在 「結核減少速度の鈍化、“再興”と結核対策の見直し」	

青木純一『日本における結核療養所の歴史と時期区分に関する考察』（2016）より作成。

青木による時期区分は、近代以降の結核史を6期に区分¹⁶⁾している。

第Ⅰ期「結核対策萌芽期」（明治～1913年）、第Ⅱ期「生育期」（1914年～1945年）、第Ⅲ期「確立期」（1946年～1960年）、第Ⅳ期「最盛期」（1961年～1973年）、第Ⅴ期「転換期」（1974年～2001年）、第Ⅵ期「新結核対策実施期」（2002年～現在）である。

また、各区分の特徴について次のように説明している。

第Ⅰ期は、この時期、国は1882年の結核菌発見に続いた欧米での結核病学の進展をいち早く取り入れ、1901年に「畜牛結核予防法」、1904年「肺結核予防二関スル件」（内務省令第1号）を制定した。しかし、国は富国強兵策の実施に忙しく、結核対策までは手が回らず労働条件の改善や患者の隔離など有効な対策は行えなかったため、これらの対策は残念ながら結核予防に効果を上げたとは言いがたい。だが、結核対策のさまざまな萌芽がみられた¹⁷⁾。

第Ⅱ期は、1914年に公布された「肺結核療養所設置及国庫補助二関スル法律」で実質的な対策が初めて進められた。1923年に第1回日本結核病学会が開催され、その後、わが国の多くの研究者の努力によって独自の結核予防体系が築き上げられていく。

しかし、残念ながら1931年に始まった満州事変から戦時体制に突入し、結核まん延状況は悪化を続けた。

第Ⅲ期は、完全な敗北を喫した太平洋戦争の戦後の混乱から抜けきれない1951年に結核予防法の大改正が行われ、これによって近代的、実質的な対策が進められた。結核実態調査による疫学的状況の正確な把握、BCG接種と集団検診、ストレプトマイシン（SM）、パラミノサリチル酸カルシウム（PAS）による化学療法の採用など、短期間のうちに有効な対策が次々と整備された¹⁸⁾。

第Ⅳ期は、結核予防法の大改正でBCG接種、健康診断は強力的に実施されたが、保健所での患者登録、患者支援事業（患者管理事業）、命令入所制度など、より専門的知識、費用、

人手が必要な対策の実施は最後に残されていた¹⁹⁾。

第Ⅴ期は、結核の減少が1977年以後遅くなり、半減に20年以上を要するようになった。小児結核や青少年の結核は著名に減少したが、高齢者の結核減少は思わしくなく、結核まん延の偏在化が進行し、集団感染など新たな問題が注目された²⁰⁾。

第Ⅵ期は、2002年3月、厚生科学審議会感染症分科会結核部会は「結核対策の包括的見直しに関する提言」を取りまとめ、現行の結核対策を結核まん延の疫学的状況、結核病学の進歩、世界の趨勢に合わせた、より有効なものに改めることを定義した。

これを受けて、2003年4月から小・中学生のツベルクリン反応検査、BCG再接種が廃止された。また国は、DOTS(Directly Observed Treatment Short Course)の普及に乗り出した。1951年の結核予防法大改正以来実施されてきた結核対策が、より有効な新しい対策に改められた²¹⁾。

以上のように各区分における説明がなされていた。

島尾忠男の時期区分は、死亡統計から結核史を5期に区分²²⁾している。

第Ⅰ期は、「主な被害者は若い女性」(1889年～1918年)、第Ⅱ期「インフルエンザの大流行の影響で結核死亡率減少」(1918年～1930年)、第Ⅲ期「結核は第2次工業化、戦時状態とともに再度増加」(1930年～1943年)、第Ⅳ期「第2次世界大戦の影響と結核対策の成果」(1943年～1975年)、第Ⅴ期「結核減少の停滞、再増加」(1975年～現在)と区分している。

以上のように島尾は、死亡統計から5期に区分していた。

戸井田一郎の時期区分は、青木同様に結核対策から5期に区分²³⁾している。

第Ⅰ期が「結核対策の移り変わり-明治から昭和10年代初期まで」(明治～1935年頃)、第Ⅱ期「戦争の拡大と国家医師としての結核対策」(1935年頃から1945年)、第Ⅲ期「敗戦と占領下の結核対策」(1945年～1951年)、第Ⅳ期「経済回復と『新・結核予防法』の成立-結核の急速な減少」(1951年～1975年)、第Ⅴ期「結核減少速度の鈍化、“再興”と結核対策の見直し」(1975年～現在)と、結核対策から5期に区分している。

以上の結核史の時期区分の共通点と相違点をみると、結核史の時期区分の共通点は、青木と戸井田が1945年の敗戦で区切っていること、また両者が占領下の結核対策から1951年の「新結核予防法」制定の年を含め第Ⅲ期としていることである。

また、保健所網が整備され、BCG接種の範囲の拡大がなされ、抗結核剤の効果により結核の蔓延が急速に改善へと向かった1951年から1975年の間を、島尾と戸井田は第Ⅳ期としている。青木は、この時期を新結核予防法の見直しが行われた1960年で区切り第Ⅲ期とし、翌年1961年の改正により命令入所制度を強化し、患者登録制度の整備が行われ結核対策の強化徹底が行われた年から第Ⅳ期「最盛期」としている。第Ⅴ期は、3人共が、1975年から人口の急速な高齢化による結核罹患率の減少速度が鈍化した時期として区切っている。

このように、結核史の時期区分はすでに丁寧に区分されてはいるが、この区分によって結核看護の歴史をみていくことは十分でない。

その理由は、青木は結核のみで社会情勢をみていない。島尾は戦前・戦後で区切っていない。戸井田は占領下や経済などの社会情勢が優先されているが、結核に直接関係がない区分をしている。

このことから、既存の結核史の時期区分はなされているが、結核看護を主体としてみていくための時期区分としては、社会情勢および結核や医療、看護を大切にしたい区分が必要である。

したがって、次に述べるように、結核看護史研究を進める基盤となる時期区分は、結核政策ならびに結核医療を軸に考察した。

【第Ⅰ期】1882年～1901年まで

1882年3月24日、ロベルト・コッホ（Robert Koch）により結核菌の発見がなされた。しかし、人々の結核に対する認識は、咯血があると結核に罹っていたことが分かるという状況にあり、多くの人々が罹患する「国民病」として身近な病気であった時代である。

日本の死亡統計は1889年から始まっており、1901年の結核死亡率は、対10万人の死亡率が172.1人とされている。

1897年、強く生命に危険を及ぼす伝染病を指定し、その予防と対策について定めていた法律が「伝染病予防法」である。

しかし当時は、コレラや腸チフス等が急性伝染病の対象とされていた。結核治療がなく生活の場で肺結核患者が咯血に至り、死の病であると苦悩し、藁をもすがる思いで民間療法を行う人もいた時代である。

結核政策において日本で初めて取り組んだ結核対策は、コッホの結核菌の発見から約20年後の1901年に出された「畜牛結核予防法」であり、結核対策は人ではなく最初に牛への取り締まりが行われた「結核対策混迷期」である。

【第Ⅱ期】1902年～1919年まで

1904年になり、日本で最初の予防法令である「肺結核予防二関スル件」（内務省令第1号）が制定されている。この省令は全十三条からなり、俗に痰壺令と呼ばれたものである。学校や病院など公共の場に痰壺を設置し、肺結核患者の隔離消毒を命じた簡単な内容であったが、結核の感染性を理解させ、公衆衛生上の一歩前進となっている。

この頃の結核死亡率は、対10万人の死亡率が1904年189.1人、1905年には206.0人と増加の一途をたどり、ピークとなる1918年の257.1人まで増加し、戦前において結核は「死の病」とされていたことが分かる。

1918年にはインフルエンザ大流行が結核患者を巻き込んだことで死亡率は一時低下している²⁴⁾。

結核予防対策として1910年代には、1912年「結核予防協会設立」、1913年「肺結核療養所ノ設置及国庫補助二関スル件」の公布、1919年「結核予防法」制定と重要施策が出されている。また、「結核予防法」の制定により、人口5万以上の地方公共団体に療養所の設置を命ずることができるようになり、患者が政府の管理下に入り、予防すべき存在に変わっていく。したがって、この年代は結核対策の重要施策が打ち出された「結核対策創生期」である。

【第Ⅲ期】1920年～1936年まで

この年代は戦時体制下において、より多くの若者が結核で死亡している。とくに軍隊と

産業労働者の結核は放置できない重大問題となっている。当時、結核を発病する人の多くは感染後一年以内に発病しているため、ツベルクリン反応が陽性になったら一年間は身体をかばって送り、発病を防ぐことが大切であることが少しずつ明らかになってきたので、できることから次々と対策が進められている。しかし、いずれも本質的解決にはならず、敗戦まで結核は増加の一途をたどっている²⁵⁾。

1934年2月、内務省の保健衛生調査会が「結核の蔓延により国民の蒙る惨害は洵に寒心に堪へざる所にして速に其の防遏を図るに非ざれば国民の福祉を損傷し国力の発展を阻害する」²⁶⁾と、国を挙げた結核対策を求めている。

保健衛生調査会は「結核予防の根本的対策」について答申し、①毎年3000床の結核病床の増設、②人口10万につき一カ所、全国で650の健康相談所の建設、③結核予防のための乳幼児収容施設や養護学級の設置、④結核患者届出の改善のための結核予防法の改正、⑤結核予防費の確保などを提言している。これらの提言の内容は完全ではなかったが徐々に実現し、その後の結核対策の推進に役立っている²⁷⁾。

1936年、この頃、結核初感染発病学説に基づいて、結核の感染を受け、ツベルクリン反応が陽転したら一年間は水泳、行軍などは避けて無理をせず、発病を防ぐという結核予防の体系がようやくできあがった。夏休みの水泳訓練、合宿、修学旅行などを禁止された小・中学生、青少年はかなりの数に上った。このため内務省は予算10億円を計上し、パンフレット、ポスターをつくり、各地で結核予防国民運動講演会を実施してその普及に努めている。1936年は結核予防国民運動の展開がなされた年である²⁸⁾。したがって、この年代は戦時下において医療体制が発達した「結核対策増進期」である。

【第Ⅳ期】1937年～1950年まで

1937年には結核予防法改正、厚生省新設がなされ、1939年に結核予防会創設、1940年、国民体力法制定と、国家規模の取り組みが進められ終戦まで続いていた。占領下で総司令部（GHQ）の監督・指示のもと強力な結核対策が次々と打ち出されている。傷痍軍人療養所や軍事保護院など軍人施設の一般開放もそのひとつで、1947年には結核予防組織の強化、結核療養所の整備拡充、結核予防事業担当者の技術向上、結核予防思想の普及徹底を骨子とする「結核対策強化に関する覚書」を発令している。

このほかにも保健所法、伝染病届出規則、予防接種法制定などにも深く関与し、総司令部はこの時期の結核対策を強力にリードしている²⁹⁾。

1937年は保健所法の制定により、東京市に都市保健館、埼玉県所沢に農村保健館が設置されているのみであったが、10年計画で全国に550カ所の保健所を建設することとし、同年、49カ所の保健所の設立がなされている。結核の予防指導が保健所業務の最重点課題とされている³⁰⁾。

また、1937年4月5日の結核予防法の一部改正で、「医師は環境上結核を伝染させる恐れのある結核患者を届け出ること」とし、結核患者の届け出が決められた。しかし、「伝染させる恐れのある」という限定があったため、極めて不完全な届け出であった。

さらに、従来、「療養の途のない患者」のみを公立の療養所に収容することとされていたが、「環境上結核を伝染させるおそれのある患者でとくに必要と認める者」は公立療養所に入院できるように改めている。一步前進であるが、まだ限定がついており、結核患者

一般には拡げられなかったのである³¹⁾。

このように、1937年は結核療養所が拡充された年である³²⁾。また、翌年の1938年には厚生省の建設がなされている。

1937年7月にはじまった日中戦争は拡大を続ける一方、経済的な不況から都市、農村ともに失業者が増加し、身体頑強で健康な若者の供給源として軍の基礎となる農村は最もひどい打撃を受けている。この結果、徴兵検査で筋骨薄弱者が増加し、結核患者の激増が見られることに陸軍は危機感をもち、1937年6月、近衛内閣に内務省から独立して「保健社会省」を建設することを求めている。

厚生省設置の直接の要因のひとつは結核問題であり、国民体力の向上と銃後の生活の安定を図って、国防の充実をさらに強力に推進することであった³³⁾。

したがって、結核看護史第Ⅳ期は、1947年3月5日「伝染病届出規則」の制定、1948年6月30日「予防接種法」によってBCG接種が行われるようになった「結核対策発展期」である。

歴史学では当然のように戦前・戦後と区切っているが、1950年で区切る理由は、翌年、1951年には旧結核予防法から新結核予防法に変わり、医療が変わるからである。また、同年、保健婦助産婦看護婦法（7月30日法律第203号）の制定がなされるからである。

【第Ⅴ期】1951年～1961年まで

1951年の「新結核予防法」は、結核医療費の公費負担、結核患者を保健所に登録、感染の恐れのある患者に対する命令入所の実施などである。

「新結核予防法」の特徴は、統合化された対策であり、結核の診断、治療、予防、管理のすべてをカバーし、実施法を定め、1本の法律で統一的に実施できる「公衆衛生対策のモデル」と言われていた³⁴⁾。結核が1位を続けていた死亡率は、1951年には10万対110.3となり、1位を脳出血に譲って2位となっている³⁵⁾。

そして、第1回結核実態調査の結果、厚生省は制定したばかりの新結核予防法を見直し、1954年9月4日、結核対策強化要綱を決めた。

要綱では、①それまで30歳以下としていた健康診断対象を未就学児を除く全国民に拡大し、②結核病床を4年間で26万床に増床すること、③医療費の公費負担制度をさらに強化すること、などが提言されている。

1955年8月1日には、①結核の定期健康診断の対策を乳幼児を除く全国民とし、②検診の結果、「発病のおそれあり」とされた者は、6か月後に再検査を行うことができるように改正された。さらに1957年4月15日、健康診断の費用を全額公費で負担するように改められている³⁶⁾。

1961年5月26日、結核予防法を再び改正して患者管理制度を法的に取り込み、これによって近代的結核対策がすべて整えられたとしている。結核予防法の大改正後10年かかって、ようやく対策が整ったのである。

改正の第1点は患者管理制度を法的に組み入れ、発病した患者が確実に治るよう対応する仕組みをつくったことである。

第2の改正点は、感染性患者を「命令入所制度」で入院させる場合の国庫補助率の引き上げである。国庫負担率を10分の8に引き上げ、健康保険、生活保護などに優先して医

療費を国庫で負担し、感染源対策を強化し、わが国の近代的結核対策はすべて整ったとされている³⁷⁾。1959（昭和34）年には、軽症結核以外のすべてにSM（硫酸ストレプトマイシン）、INH（イソニコチン酸ヒドラジドおよびその誘導体）、PAS（パラアミノサリチル酸塩）の3剤併用を行うことが認められている³⁸⁾。

したがって、この年代は近代的結核対策のすべてが整備されるに至った1951年「新結核予防法」制定（法律第96号）から、結核患者登録票を用いた患者管理が全国一斉に実施された「結核対策全盛期」である。

【第Ⅵ期】1962年～1974年まで

1962年、患者登録票を用いて患者管理を確実に実施する体制が全国で確立されている。これにより診断、治療、予防、管理のすべてが確立し実施されている。この1962年から1974年までの12年間はわが国の古典的結核対策の最盛期とされており、結核罹患率は年間11%減という世界で最も速い速度で減少している。

そして、わが国の結核まん延状況の改善も影響して対策の見直しが徐々に進められ、まず、1974年には、小・中学生の結核健診、BCG接種の定期化、化学予防枠の拡大、菌検査成績の重視が進められた年代である³⁹⁾。

このような背景から、この年代は結核患者の管理体制が実施され、結核治療が飛躍的に発展し長期化学療法の時代へ移行するまでの「結核患者管理確立期」である。

以上のことから、次のように、結核看護史研究の時期区分を第Ⅰ期～第Ⅵ期とした。

- 第Ⅰ期 1882年～1901年、Robert Kochが結核菌を発見した年から日本で初めて取り組まれた「畜牛結核予防法」制定までの「結核対策混迷期」
- 第Ⅱ期 1902年～1919年、日本で最初の予防法令である「肺結核予防二関スル件」（内務省令第1号）から「結核予防法」が制定された「結核対策創生期」
- 第Ⅲ期 1920年～1936年、戦時下において医療体制が発達した「結核対策増進期」
- 第Ⅳ期 1937年～1950年、「保健所法」の制定から「新結核予防法」に至るまでの「結核対策発展期」
- 第Ⅴ期 1951年～1961年、「新結核予防法」の制定から結核患者登録票を用いた患者管理が全国一斉に実施されるまでの「結核対策全盛期」
- 第Ⅵ期 1962年～1974年、結核患者の管理体制が実施された「結核患者管理確立期」

結核看護史を第Ⅰ期～第Ⅵ期と時期区分した上で、それぞれの時期区分における「結核看護」に関する論文を確認しておく必要がある。

5. 第Ⅰ章～第Ⅵ章で論じる内容

歴史の中で結核看護を明らかにしていくためには、当時の社会背景とともに結核政策および結核治療、看護教育制度をとおして、臨床で行われていた結核患者の看護の実際をみ

ていく必要がある。

したがって、まず第Ⅰ章では、結核看護の歴史についてみていく上で必要な内容として、結核の病態生理とともに結核の死亡率、結核で療養生活を送る患者の心理について述べる。また、看護教育の基盤である看護学書の歴史についても触れ、結核の医学史において看護婦の活動がどの程度記してあるのかということについても述べる。そして、結核政策の歴史的な概要のほかにも、看護では看護関係法令の変遷および看護婦養成制度の歴史、結核看護史研究の現在について述べる。

その後述べる第Ⅱ章から第Ⅶ章では、以下に挙げた(1)～(4)の内容について当時の医療における結核看護について明らかにしていく。

なお、結核患者が置かれていた療養生活の実態をより深く理解するために、第Ⅵ章では、患者運動についても加える。

- (1) 結核政策
- (2) 結核治療
- (3) 看護教育制度
- (4) 結核患者の看護実践

なお、結核看護史の各時期における患者への看護実践についてみていくために、看護婦の業務でもある次の2つの実践内容を探求する。

- 1) 結核患者の療養上の世話
- 2) 結核患者の診療の補助

この2つは、「保健婦助産婦看護婦法」(昭和23年法律第203号)により、以下のとおり看護婦の業務として規定されたものである。

「第5条 この法律において「看護婦」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。

第31条 看護婦でない者は、第五条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法(昭和二十三年法律第二百二号)の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。」

看護婦の業務は、法律によって定められており、大きく分けると以上の2つである。

1つは、何ら制限なく行うことのできる「療養上の世話」であり、もう1つは、あくまで補助としての制限が加わる「診療の補助」である。つまり、「療養上の世話」は看護婦が独断で行うことができるが、「診療」はあくまで補助としてしか行うことができないこととなっている。

したがって、「保健師助産師看護師法」は1948年に制定された法であるが、本研究では結核看護史のどの時期においても「結核患者の療養上の世話」と「結核患者の診療の補助」に視点を置いて、歴史における史実を同じ視点で探求していくこととする。

6. 結核看護史の第Ⅰ期～第Ⅵ期における結核看護に関する論文

結核看護史の第Ⅰ期～第Ⅵ期における結核看護に関する論文の検索は、年代の古い医療と看護の文献が多数収載してある国内発行の医歯薬看護系文献の検索システムである医学中央雑誌Webのデータベースを利用した。

検索キーワードを「結核」で検索し145,754件、and「看護」で3,697件であった。

さらに絞り込み条件で収録誌発行年を「1946 以前～1974 年」and「原著論文」とした。また、国立国会図書館デジタルコレクションの詳細検索を「インターネット公開」「図書館送信資料」とし、「国立国会図書館内限定」の文献は取り寄せ、内容ごとに分類した。

検索日は 2021 年 3 月 1 日である。文献総数の結果は 301 件で巻末資料 1 の通りである。

「結核政策」に関する文献が 6 件、「結核医療」に関する文献が 104 件、「看護婦教育」に関する文献が 8 件、「主体が患者」に関する文献が 33 件、「主体が家族」に関する文献が 7 件、「主体が看護婦」に関する文献が 129 件、「看護婦以外の医療従事者」に関する文献が 14 件みられたが、「結核看護史」に関する文献は見られない。

以上の医学中央雑誌 Web のデータベースにより得られた結核看護史第Ⅳ期～第Ⅵ期までの文献を図 1 に示す。

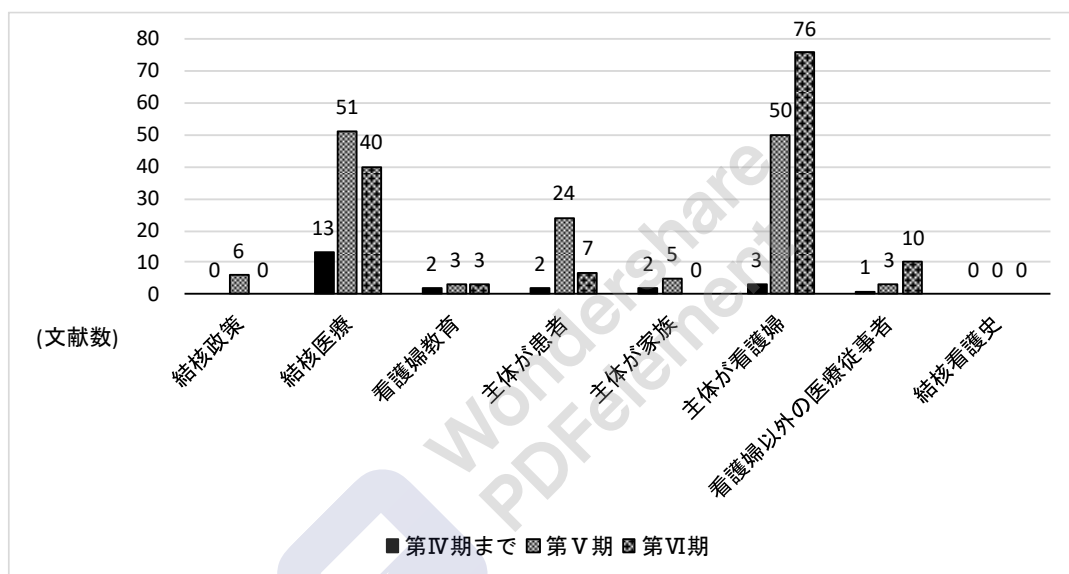


図 1 結核看護史第Ⅳ期～第Ⅵ期の文献数の変化(全 301 件)

結核看護史第Ⅳ期～第Ⅵ期において文献数の変動があったものは、「結核医療」、「主体が患者」、「主体が看護婦」に関する文献である。

以下、各時期の論文数を内容ごとに整理した。

第Ⅳ期の論文数は全 22 件であった。内容別の件数は、「結核政策」0 件、「結核医療」13 件、「主体が患者」2 件、「主体が家族」2 件、「主体が看護婦」2 件、「看護婦以外の医療従事者」1 件、「看護婦教育」2 件、「結核看護史」0 件であった。

第Ⅴ期の論文数は全 142 件であった。内容別の件数は、「結核政策」6 件、「結核医療」51 件、「主体が患者」24 件、「主体が家族」5 件、「主体が看護婦」50 件、「看護婦以外の医療従事者」3 件、「看護婦教育」3 件、「結核看護史」0 件であった。

第Ⅵ期の論文数は全 136 件であった。内容別の件数は、「結核政策」0 件、「結核医療」40 件、「主体が患者」7 件、「主体が家族」0 件、「主体が看護婦」76 件、「看護婦以外の医療従事者」10 件、「看護婦教育」3 件、「結核看護史」0 件であった。

第Ⅴ期以降、「結核医療」が増えた背景には、①1950 年代から化学療法の導入がなされたこと、②1951 年「新結核予防法」により結核患者登録票を用いた患者管理が全国一斉

に実施され、結核の管理体制の強化に対する検討がなされたことによるものと推察する。また、「主体が看護婦」に関する論文も結核医療の発展に沿って増えており、看護活動が活発になったことが伺える。

以上の結核看護史第Ⅰ期～第Ⅵ期における結核看護に関する文献の動向と内容については、各章の時期区分において紹介するとともに、当時の結核看護の実践として述べていくこととする。

ところで、結核看護に関する文献の動向と内容は確認できたものの、各時期における結核看護教育を目的として出版された書籍には、結核看護についてどのように記されていたのだろうか。

この点については、各時期区分における書籍を見ていくことで、歴史において看護婦に求められていた結核看護について知ることができると思う。

7. 各結核看護史の時期において発刊された結核看護教育書にみる肺結核看護

結核患者に多くみられる「肺結核」について、当時の看護婦はどのような教育を受け看護を行っていたのであろうか。あるいは、結核の原因が分からず国民病と言われた時代から、その後、さまざまな治療がなされてきたが、化学療法が導入されるまでは「不治の病」とされていた結核患者に対し、当時どのような看護が求められていたのであろうか。

過去の歴史の膨大な資料の中から、その時代の結核看護に求められていた看護を見ていくための一つの手掛かりとしては、看護婦養成に関わる書籍がある。

その中でも、看護婦が執筆した結核看護の看護婦養成を目的とした教育書を中心に見ていくことにより、当時の結核看護に必要なとされていた看護実践の事実と迫ることができると思う。

そもそも、患者が満足いく看護を行うための看護婦に必要な知識は、結核の病態生理、検査、治療、看護技術は最低限求められるものである。そして、知識の修得があつてこそ、その場の状況判断、必要な看護内容の選択ができ、患者にとっての最良の看護提供へと結びつくのである。

その他にも、看護は患者の日常生活上の支援や生活指導、退院後の生活についてなど、個別の患者への対応は多岐にわたる。しかも、患者だけでなく、患者と関係する家族や職場などへの指導が必要となる場合もあるので、看護はさまざまな立場にある人との関係性をもつことが非常に大切である。

このように看護婦には多くの課題があるが、何よりもまず、患者に看護を行う上で必要となる知識を身に付けて置かねばならない。知識と人間性を兼ね備えた看護婦は、その後の看護の経験知によってさらに状況判断力を備えることができ、より質の高い看護が提供できていくものである。しかし、結核看護史でみる対象時期は戦時下や終戦後にあつて、果たして看護婦自身が納得いく看護ができたのであろうか。

当時の結核患者を直視し、その看護の困難さを目の当たりにしてきた看護婦の執筆による教育書を中心に見ていくことは、結核看護の歴史的事実を明らかにし、結核看護史を見ていく上で貴重な資料が得られることとともに、現在の看護に継承されている看護の本質を再認識できることにもつながると考える。

また、過去の貴重な看護実践が今日の看護において欠落していることに気づく機会が得

られ、歴史において行われてきた看護が、今後、看護の発展へ導くことにつながる可能性があることにも期待できることから、各結核看護史の時期における看護教育について明らかにしていくなかで、看護教育制度に加えて当時の結核について発刊された看護教育書を取り上げ、その時代に求められていた肺結核看護についてみていくこととする。

歴史を辿ると、産婆と看護婦により著された看護書等は、1892年から1911年までの明治期に12冊が確認されている⁴⁰⁾。

まず、これらの書籍をみていく上での用語の定義、対象とした文献、分析方法について説明する。

そのあとで、結核看護史の時期区分において発刊された結核看護に関する教育書における看護の特徴について述べる。

1) 用語の定義について

「教育書」ならびに「結核看護に関する教育書の特徴」については次の通りとする。

- ①「教育書」とは、結核および結核患者の看護に関する記述が認められた書物・書籍とし、かっこの使用については『』とする。
- ②「結核看護に関する教育書の特徴」とは、結核看護史の各時期における結核看護に関する記述が特に目立つ点、また、他の時期と比べて明確に違う点とする。

2) 対象文献について

依拠した史料は、肺結核看護について看護婦が執筆した看護婦教育用として出版された1次資料の教育書とした。文献検索キーワードを「看病」and「看護」or「看護婦」として国立国会図書館デジタルコレクションから選択した。検索期間は2020年8月15日～8月25日である。

3) 分析方法について

- ①文献の発行年を結核看護史の時期区分ごとに分け、結核看護の記述内容を精読する。
- ②各時期の主な結核医療の概要をふまえ、
- ③結核看護に関する教育書の特徴について考察する。

4) 結核看護史の時期区分において発刊された結核看護に関する教育書における看護の特徴について

①結核看護史第Ⅰ期 1882年～1901年「結核対策混迷期」

1882年～1901年「結核対策混迷期」の教育書は2冊であった(表2)。

表2 第Ⅰ期1882年～1901年「結核対策混迷期」の結核看護に関する教育書

編/著者	発行年	タイトル	出版社
平野 鏡 編	1896年	看病の心得	博文館
大関 和	1899年	派出看護婦心得	大関看護婦会

平野鑑編による『看病の心得』は、日本で最初の看護婦自らの手による書である⁴¹⁾。「第五章 伝染病看護法」⁴²⁾があり、法律上で予防のため注意を要する伝染病は、腸チフス、赤痢、コレラ、痘瘡、発疹チフス、ジフテリアを挙げている。

結核は、その他として記されている。「伝染病に算定すべきものは麻疹、結核、再歸熱、猩紅熱、黴毒、馬疫、脾脱疽、肺炎、疫咳、丹毒、流行性脳脊髄膜炎等なり」⁴³⁾とあり、結核は疾患名の紹介のみの記載であった。

特に法律上予防消毒の方針を規定した伝染病は、その処置が不完全な時には、その害のおよぶところに「一人一己に止まらず延て一町一村一郡若くは全國に波及する例少なからず故に之を豫防するに四要訣あり即ち清潔法消毒法攝生法隔離法とす」⁴⁴⁾とあり、(1)「清潔法」、(2)「消毒法」、(3)「攝生法」、(4)「隔離法」と項目を設けその看護法が説いてある。これに続けて各病名について示してある。

また、病名説明の最初の項には腸チフスが置かれ、他の病名と比べ最多の9頁を割いていた。

大関和による『派出看護婦心得』は、1899年～1919年(第六版)まで発刊されている。本書は看護婦の隔離病舎の消毒手順が誤っていて不完全であることを見て公にされたとある⁴⁵⁾。感染症に関しては赤痢の記述がみられ、「赤痢病舎に聘せられし時の心得」の目次が設けられている⁴⁶⁾。結核に該当する記述はみられなかった。しかし「附録」では、「消毒薬製法」、「病室ノ消毒」の次の項目に「医語」があり、その初めに「呼吸系用語」を設け、この中に「咯血」、「血痰」が挙げられている⁴⁷⁾。

このような医療や結核対策の状況下において、1896年に発刊された平野の『看病の心得』には結核看護に関する記述はみられないが、「結核」の疾患名は記されている。

1880年に「伝染病予防規則」が制定され、伝染病については、「伝染病トハ虎列刺、腸室扶私、赤痢、ジフテリア、発疹室扶私及ヒ痘瘡ノ六病ヲ云フ」⁴⁸⁾とあり、結核は含まれていなかったため致し方ない。

この規則には感染症の脅威が人々に影響することについて、次のように予防と消毒の重要性を説いている。

〔法律上豫防消毒の方針を規定したる伝染病は其處置不完全なる時は其害の及ぶ處皆に一人一己に止まらず延いて一町一村一郡若くは全國に波及する例少なからず故に之を豫防するに四要訣あり即ち清潔法消毒法攝生法隔離法とす〕

これは『看病の心得』にも反映されており、法の下での医療と看護が教示されている。感染症の看護は、清潔・消毒・日頃の摂生した生活・隔離の正しい実践に重点が置かれていた。

1880年伝染病豫防規則から7年後の1897年4月1日、伝染病豫防法(法律第36号)が制定され、伝染病豫防規則が定めた6種類の伝染病に猩紅熱、ペストが加わり8種の伝染病が対処疾患とされた。また、「伝染病院」「隔離病舎」「隔離所」の全市町村での設置が義務づけられた。

その2年後に大関による『派出看護婦心得』が発刊されている。

内容は、赤痢患者の「隔離病舎に於いての服務時間割」⁴⁹⁾とあり、19世紀末には赤痢患者の看護に苦慮していたことが伺える。附録の〔醫語〕において、「呼吸系用語」に「咯血」、「血痰」の記述があり、肺結核の症状の記載が認められる。

しかし、この症状はまだ結核との関連が示されていない。

また、「咯血」、「血痰」の看護の方法までは見られないが、日常に見られた症状であり、派出看護婦がもっておくべき知識であったことと推察する。

派出看護の歴史を辿ると、派出看護は現在の訪問看護の起源であり、1891年に慈善看護婦会という名称のもとに、看護婦や助産婦が家庭や病院に赴き、看護サービスを提供する施設として日本で初めて作られたものである。

しかし、派出看護婦の対象は裕福な家庭でないと利用できなかった⁵⁰⁾⁵¹⁾。利用料は4等級に分かれていたが、貧困者には無料で看護サービスが提供されていた施設である。そこでは『派出看護婦心得』を教本とした看護が行われたと推察する。

その後、1892年には病院を基点として、看護婦らが訪問する巡回看護婦制度が発足し、看護婦と伝道師が貧困家庭を訪問するようになった。しかし、1930年以降の不景気の影響もあり減少したという経緯がある。

②結核看護史第Ⅱ期 1902年～1919年「結核対策創生期」

1902年～1919年「結核対策創生期」の教育書は1冊であった（表3）。

表3 第Ⅱ期1902年～1919年「結核対策創生期」の結核看護に関する教育書

著者	発行年	タイトル	出版社
大関 和	1908年	實地看護法	東京看護婦会

『実地看護法』は、1908年～1926年（五版）まで発刊されている。「肺結核看護法」の記述部分は初版から変更されていない。本書は著者の知見を集大成した看護婦の著述によるわが国最古の結核看護の看護教本であった。

第二編に伝染病を設けてあり、最初の項目に「伝染病看護婦の心得」⁵²⁾を設け、25の感染症の看護法について説いてある。結核は「肺結核看護法、並に咯血患者の所置」という目次を挙げているが、本文の見出しには「肺結核看護法」⁵³⁾として9頁を割いている。結核の原因は、「結核黴菌」と記載してある⁵⁴⁾。

看護法の内容は、摂生法、衣服、食物、入浴、予防法（室内の換気、咯痰の消毒、衣類・布団の消毒、結核で死亡した患者の病室・衣類・布団の消毒など）、また、咯血患者の手当てとして、安静・冷罨法・言語を禁じる・熱い食物の禁止の4項目を挙げ、具体的な記述がなされている。多量の咯血がある場合は、赤色の含嗽薬を排水器、痰壺に入れて置き、患者に悟られない様にするのとある。そして、看護婦の同情の涙も慎むようにとある。その他、室内の湿度、便秘の対処、咯出物の十分な消毒を説いている。咯血に関する文末には、姉と弟の2人を結核で亡くされた体験が記されている⁵⁵⁾。

大関が結核の原因を「結核黴菌」と記載していた黴菌という用語は、広辞苑には黴菌そのものの説明はなく、「細菌」として掲載されている。「単細胞の微生物。他物に寄生し、発酵・腐敗を営み、病原体としても重要。糸状菌・桿状菌・らせん状菌などの種類がある。ばいきん。バクテリア」⁵⁶⁾と説明がある。したがって、細菌のことを黴菌として表現していたと捉える。結核菌は抗酸菌という細菌群の一種で、芽胞、鞭毛、莢膜を持たない好気性桿菌である。

結核は伝染病で多くの人に感染し、多量の咯血が見られる人や、病床から離れられず自立した生活が営めないことや、寝たきりとなった場合には療養が長期に及ぶことなど、結核が厄介であること、また、衛生水準の向上が中心であった時代において、結核を汚いもの、黴菌であると示されたのではないかと考える。

③結核看護史第Ⅲ期 1920年～1936年、戦時下において医療体制が発達した「結核対策増進期」

この時期に看護婦が執筆した結核看護の教育書として適切なものは少ないと思われる。

その理由は、金子光が「戦前にあったのは、開業医の金子準二さんが書かれた救急看護の本だけで、看護婦の教科書は何もなかった」⁵⁷⁾ ことから、手軽に作成できる雑誌形式の『看護学雑誌』の発行に着手したことを述べているからである。詳細については、次の第Ⅳ期で述べる。

金子光は聖路加女子専門学校を卒業し、後に厚生省看護課長、東京大学助教授などを歴任し、1972年～1990年まで日本社会党衆議院議員を6期努めた政治家でもあったことを紹介しておく。

④結核看護史第Ⅳ期 1937年～1950年、「保健所法」の制定から「新結核予防法」に至るまでの「結核対策発展期」

1937年～1950年「結核対策発展期」においても看護婦によって執筆された教育書は見られなかった。そこで、『結核看護技術教本』という翻訳書を発刊していた井上泰代についてWebcatPlusで検索し、この時期にもう一冊発刊されていた『結核』と、訳者不明の教育書を含めた3冊を対象文献とした(表4)。

表4 第Ⅳ期1937年～1950年「結核対策増進期」の結核看護に関する教育書

監編/著者	発行年	タイトル	出版社
ニューヨーク看護教育局編 井上泰代 訳	1948年 7月	總司令部看護課指導 看護學叢書 結核	メヂカルフレンド社
ドロシー・デエミング著 (アメリカ国立結核協會發行) 訳者記入なし	1948年 9月	總司令部看護課指導 看護學叢書 結核の家庭看護 Home Care of Tuberculosis - 患者の心理 - Hints for the Patient -	メヂカルフレンド社
グレース・M. ロングハースト著 (フィラデルフィア F・A・デービス會社) 井上泰代 訳	1950年 12月	結核看護技術教本	メヂカルフレンド社

医師の井上泰代が翻訳した『結核』は全14頁であった。

公衆衛生看護婦(保健婦)がまだ発見されていない患者、または診断が明確についていない結核患者の発見を目的として書かれた手引書である⁵⁸⁾。内容は結核の病態が主である。「肺結核の特徴と症候」、「肺結核に関する事実」、「初感染結核(肺と肺外)」、「粟粒結核」、「結核性脳膜炎」、「結核性淋巴腺炎」、「骨と関節の結核」、「結核患者の精神的方面」には、疾患毒素のために感情が高ぶり、生理的方面を支配すること、結核に罹患している自覚が処置に影響すること、深く根を持った感情のもつれが現れてきて全身に影響するこ

とが項目として挙げられている。最後に「結核の法的対象」として、全結核患者を保健課に届け出る責任があることや、伝染性疾患を持つ者の雇用の禁止、結核に悩む人は市及州立の病院に入ることができることなどが挙げられている。

『総司令部看護課指導 看護学叢書結核の家庭看護－患者の心理－』は全 13 頁であった。「まえがき」に本書の目的があり、結核患者が家庭療養する際の看護する人への実践書として作成されたとある。その後には、患者の心得として、早期治療の重要性についても説明がある。内容は、結核患者の療養方法を中心に記述されていた。目次には次の項目を設けてある。「安静（安静のとりかた）、あたらしく清らかな空気と日光、栄養に富んだ食物、こころを安らかにおちつけるやうつとめなさい、他の人があなたから結核をうつされないやうに氣をくばること（他の人にたいしての心がけ）（自分自身にたいしての心がまえ）、お医者さまのさしづにはすなをに（回復にむかつたら）」⁵⁹⁾と、簡単な説明である。

井上泰代訳『結核看護技術教本』は、GHQ からの貸与本を GHQ 看護課の助言を受けて和訳された結核看護の総合書と紹介してある。「これは結核看護について非常に行き届いた説明がしてある本だから読んでみるようにと GHQ のケーザー婦人が貸して下さった」⁶⁰⁾と記してあり、井上は、治療のみに傾かず、患者の精神的調整などの研究の必要性を学んでいた。

本書の特徴は、結核病院の患者の看護に重点を置いていることである。看護婦と看護学生を対象とした結核病院における患者の看護について初めて発刊された翻訳による教育書であった。また本書には、現代の結核病院が果たす 4 つの役割、結核病院の看護の 7 つの目的について示されている。

現代の結核病院が果たす役割⁶¹⁾は、次の 1～4 としている。

1. 喀痰陽性患者を他から分離すること。
2. 現代的、進歩的の化学療法。
3. 患者教育、これは他に病気をまき散らさぬよう、患者に教えると同時に彼等自身が疾患を持ちながらも、いかにしたら安全に生活できるかを教えること。
4. 疾患の予防と管理に関しては、社会教育的施設として動くこと。

また、結核看護婦の目指すところは、患者の一部でなく全体を看護することを述べた上で、看護の 7 つの目的⁶²⁾について次の(1)～(7)の説明がある。

- (1) 個々に必要な、優れた技術をもった看護をすること。
- (2) 患者にその診断を納得させ、教育課程をよく計画して、患者個人の衛生、予防、療法の観念を植えつけ、それによって治療方針に順応するようにさせること。
- (3) 職員教育をとおして、看護婦が健康に良心的でありまた患者教育に関心をもつ方向に発展させていくこと。
- (4) 適当な消毒技術を発展させること。
- (5) 予防方法と患者の入院中と退院後の必要なことを家族に教えること。
- (6) 患者を通常の世界に戻す準備をさせること。
- (7) 患者の必要な問題に対して、同情と理解をもって、それを解決してあげることによって、患者の士気をあげること。

また、「これに附随する重大なことは、病院看護婦と、保健婦が、お互いに結核予防の計画に、もっと効果的に関与できるよう準備することである。」と、看護婦と保健婦の連携に関する課題が挙げられていた。その後、1952 年には第 5 版が発刊されていた。

看護婦の教科書は第 III 期で述べたように、終戦後は『看護学雑誌』の発行が初めてであ

った。当時の様子について金子光は、「1946年2月に看護制度審議会や看護教育審議会が設置されて、看護婦教育やその再教育をしていこうということになったが、看護婦が使う教科書や参考書というものが全くない状態だった。」と述べている。

GHQの看護課が1946年5月から看護婦再教育を開始した際のことについても書かれているが、米国で使っていた本を翻訳しながら教えていたということである。

このような状況では困ると、日本でも教科書を作成しなければならないと看護婦間でも声が挙げられたが、本を作成することは大変であることから、まずはみんながすぐに読める雑誌から着手しようと、同年1946年に医学書院から『看護学雑誌』が創刊された経緯があった。また、日本における最初の看護の専門誌で厚生省も力を入れて作成されたと記述されている⁶³⁾。

ちなみに結核看護に関する記事で創刊から近い内容は、1951年5月号に3頁の掲載がある。概要は、「患者教育」として①病院の規則に早くなれること、②個人衛生と予防の2項目、「日常の看護」として①身体的看護、②精神的看護とある⁶⁴⁾。

また、木下安子は『近代日本看護史』で戦後最初の雑誌として『看護学雑誌』の表紙の写真を掲載し、10月に発刊されたことを紹介している⁶⁵⁾。看護婦学校教科書の選定については、『日本看護協会史』の1948年によると、「教師用としてGHQの好意により専任教員講習会の講義のテキストをまとめたものが出版されている程度で、当時の義務教育用教科書さえも十分に印刷されない状況の下では、これの早急な実現は困難であった。」と記されていた⁶⁶⁾。

これらの記述から、終戦後の物資不足、生活の困窮下で教材の調達までは手が届かなかったと推察する。

敗戦までの看護婦の仕事について見ると、診療の補助が中心であった。これは、看護の教科書の執筆者が医師で、教壇で看護法を教授するのも医師であったことから、看護業務が医療の介助に重点が置かれていたことは当然であった⁶⁷⁾。

このような看護教育において、井上泰代の翻訳本は、結核看護の指針となったと考える。井上の翻訳による1948年発刊の『結核』は終戦後3年目にあたる。診断が明確でない結核患者の発見を主眼に置いてあり、すでに全結核患者の保健課への届出について記されている。

日本では、1955年、結核予防法の一部を改正する法律（昭和30年法律第114号）が制定され、これによって、結核患者の入院に関する届出義務、結核患者が入院したときの保健所長へ届け出の義務などが設けられた。また、その後は、発見された患者の受療状況が問題になり、1958年に患者登録票を用いた患者管理の制度について検討する委員会が組織され、1959年216カ所、1960年210カ所の保健所において患者管理方式を試行し、1961年からは全保健所で実施されることになった⁶⁸⁾。

この経緯より、日本の結核対策は米国より遅れていたことは明確である。同年に発刊された『総司令部看護課指導 看護学叢書結核の家庭看護－患者の心理－』は、当時の治療法としての大気、安静、栄養について、および感染予防を軸として患者への心理支援が必要であることを示してある。

日本においても複数の医師の研究をまとめた書に、「看護者の心得」として温かい看護の大切さを示唆している⁶⁹⁾。米国に比べて結核対策の遅れはあっても、結核患者への愛

情のある看護は時代や立場が違っていても尊ばれていたことは確かである。

『結核看護技術教本』は、ニューヨークのマウントモーリス病院の結核看護に基づき作成された書を井上泰代が翻訳している。

1950年から1952年までの2年間に第5版が発刊されていることから、結核看護の総合書として、看護教育においてニーズが高かったことは言うまでもない。

日本における結核看護の教育書はGHQからの貸与本の翻訳書であったこと、また、結核病院の患者の看護について看護婦と看護学生を対象とした結核看護の教育書として本書が創刊であることが明らかとなった。

本書は全287頁で看護に必要な知識と看護技術が網羅されており、米国ではすでになされていた結核看護を知り驚嘆したのであろう。

内容は第1部から第7部で構成され、第1部は「臨床結核」として結核症の歴史、細菌学、外科療法などがあり、第2部の「保護基準」では無菌手技、採痰の仕方、患者教育も約20頁を割いてある。第3部は「結核の病院における看護」として治療計画、合併症の看護、患者の行動の問題に対する看護婦の態度を設けてあり、この項の後には事例紹介を挙げている。結核看護の事例紹介も本書に見たのが初である。第4部には「外科看護技術」の項目を設けてあった。

外科的治療法発達の歴史⁷⁰⁾においては、日本における肺切除術は1949年であるとの記述から、外科看護は米国より遅れていたことが分かる。この第4部には物品の消毒、治療的気胸、胸腔切開、肋膜内肺剥離、横隔膜神経遮断、胸郭成形術、気管支鏡検査と喉頭鏡検査についての説明がある。第5部は「肺外結核における看護の注意」、第6部は「退院患者」として患者とその家族の教育、厚生復職については国立復職會議での復職の定義から説明され、結核患者の復職計画が遅々として進展をみない主な理由の6項目や復職プログラムについて述べてある。第7部は「結核の衛生面」として疫学、管理方法、結核プログラムにおける保健婦などについて説明がある。

⑤結核看護史第V期 1951年～1961年、「新結核予防法」制定から結核患者登録票を用いた患者管理が全国一斉に実施されるまでの「結核対策全盛期」

1951年～1961年「結核対策全盛期」は5冊の教育書が収集できた(表5)。しかし、看護婦が執筆した結核看護の教育書ではなかった。

表5 第V期1951年～1961年「結核対策全盛期」の結核看護に関する教育書

監/編/訳/著者	発行年	タイトル	出版社
グレース・M. ロング ハースト 井上泰代 訳	1952年4 月	結核看護技術教本(第5版)	メヂカルフレンド社
井上泰代 編:結核予 防会結核研修所松陰 学園	1953年8 月	写真で見る家庭看護の仕方	保健同人社
井上泰代 編	1954年9 月	結核と看護	主婦の友社
井上泰代 編	1958年6 月	結核学と結核看護法	メヂカルフレンド社
井上泰代 編	1961年5 月	看護学全書21 結核看護学(第1 刷)	メヂカルフレンド 社

井上泰代（結核豫防會桐蔭學園長）訳『結核看護技術教本 第5版』は、1950年に発刊された初版⁷¹⁾の内容と同様であった。1950年から2年間で5版が発刊されていた。牽引にはアルファベット順に医学用語と和訳が加筆してあり、これまでの書にない新規性が認められた。

同著者の編集による1953年『写真で見る家庭看護の仕方』は、著者の看護経験を基に、家庭での看護人が結核患者に気持ちのよい看護が気軽にできるようにと写真で示した全77頁の書であった。

経済面に配慮し長持ちして安価な物品の準備、効果的な看護の手順等について具体的に紹介されていた。この内容から、看護婦が家庭で行える看護法を指導する際に活用された文献であったと推察し、この時期の結核看護の教育書とした。

本書の初めには、「結核の看病というのは、常に予防ということをおいての一般の基礎看護です。」と、予防の視点が強調されていた⁷²⁾。また、当時は、伝染病と治療に関する知識が高まってきたことにより、家庭で伝染病の看護を行うことはあまり考えられなくなり、治療技術の必要性があれば入院となっていた。

したがって、家庭での看護は結核患者をもつ家庭に限られていたことが説明してあった。このことから、結核看護は始めから予防を念頭に重点をおいて行う手技としていた。そして、身体面だけを扱うだけでなく、身体的、精神的、社会的な面を考慮することの注意が添えてあった。

看護する人が忘れてはならない5つの要点の概要は、1. 投薬、安静度は医師の指示を受けること、2. 食欲を増し、眠りを楽しませるよう努めること、3. 親切で優しく、厳格さを失わず単なるわがままを許さないこと、4. 自身と第三者が結核に罹患しないよう予防し、それには看護人と家族の健康診断を怠らないこと、5. 病気の知識をもつこと、が挙げられていた⁷³⁾。

内容では病室、床頭台、寝床、寝かせかた、患者の動かしかた、患者を楽にする工夫、敷布のとりかえ、寝衣の着せかえ、布団のとりかえ、清拭、髪の毛の洗いかた、検温、歯のみがきかた、食事・食器のしまつ、氷のう、氷枕、湿布、喀血時の看護、服薬、便器・尿器の扱いかた、痰のしまつ、消毒法、エプロンのつけかた、湯タンポ、病床日誌、体温の記入などが分かりやすく掲載され、髪の毛のゆいかたについても図と写真で丁寧に示されてあった。

井上泰代編『結核と看護』は、結核病床が不足し家庭での療養者が増加にある現状において、家庭の看護人と療養者が正しい知識をもち、実際に役立つ技術を覚えられるようにと作成された書であった。看護婦が家庭看護の指導の際に活用できる内容でもあることから文献対象とした。結核菌は微細な「黴菌」で毒蛇のようなもので、うっかりしているとたちまち私たちを捉えると、一般向けに予防についての説明がなされていた⁷⁴⁾。

また、よい看護人になるためや看護人の資格、心得があり、日常生活援助は写真付きで具体的に説明されていた。

前年に発刊された『写真で見る家庭看護の仕方』と同著者の井上の著作であり、さらに本書は、結核の病態、予防、結核の症状別の看護（喀血を含め13症状）、結核と栄養、結核と性生活、回復期の生活、社会復帰を目指して、娯楽療法、結核薬剤の知識など、看護とその根拠も説明があり、医学的内容が具体的に加筆された結核看護の専門書とも言え

る全326頁の書であった。巻末には、万が一の場合に備えてと、皮下注射の仕方が掲載されていた。使用薬剤の記載はみられない。

井上泰代編『結核学と結核看護法』は井上の著作で、先の『結核と看護』と内容は大きく異なる。

『看護学全書21 結核看護学』は、「肺結核看護の意義と目的」について3頁を割り、第1章に設けてあった。また、この書の第2章には「結核の歴史」について記され、肺結核の病態、診断、検査、症状について90頁までの記述があった。肺結核症状の看護、治療と看護、更生指導（回復者の社会復帰）、患者教育、集団検診、結核予防法、保健所との連絡など、結核看護に必要な知識と看護実践について総合的にまとめられていた。

全204頁で、結核予防法が挙げられている書は本研究で入手した書籍で初めて見られた。

第V期の結核看護の教育書の特徴は、肺結核看護の意義と目的が示され、個別の看護の重要性が示されたことである。また、結核の歴史や結核予防法、患者教育、社会復帰支援、集団検診などの知識面の充実とともに、結核の症状別看護とその根拠の説明が見られるようになったことである。

『結核看護技術教本』は1950年から2年間で5版が発刊され、当時の看護書の中でも非常に具体的な説明がなされ、画期的で高いニーズがあり多用されていたと考える。英語の医学用語とその和訳が掲載してある点に新規性がある。

『写真で見る家庭看護の仕方』は、当時の経済状況を踏まえて、身近にあるものを活用して家庭でできる看護を具体的に示した実践書である。また、療養者の身体面だけでなく心理面と社会面の全体を見て看護することの注意がなされ、丁寧な看護とともに療養者への愛情と尊厳をもった看護の提供が求められていた。また、看護人と家族の健康診断を怠らないことが看護する人が忘れてはならない5つの要点として挙げられており、予防の看護が求められていた。

『結核と看護』は、結核の病態、予防、結核の症状別看護、栄養、性生活、回復期の生活、社会復帰、抗結核剤などの医学的内容が具体的に説明してあり、また、その根拠についても示してあり、結核看護の専門書とも言える内容であった。本書の内容から、1950年代の看護は結核の知識とともに症状の理解ができ、根拠のある看護が求められていたことが分かった。加えて、入院から退院までの看護ではなく、退院後の生活を見すえ、社会復帰支援にも視点が置かれていたことが明らかとなった。

1961年に発刊された『看護学全書21 結核看護学』によって初めて「肺結核看護の意義と目的」が示され、熟練した看護婦が行なう看護は、「病気の看護」ではないことと、「看護の対象は常に病気を持つ個人」であることが強調された⁷⁵⁾。1960年に入り、やっと患者の個別に添った看護を目指すことが求められだしたことが分かった。また、「結核予防法」についてはこれまで見られなかったが、本書に掲載があったことから、法律に基づいた医療のもとで日々の看護が行われているという認識を持つことができたと考える。

⑥結核看護史第Ⅵ期 1962年～1974年、結核患者の管理体制が実施された「結核患者管理確立期」

1962年～1974年「結核患者管理確立期」の書籍は、次の表6の通り6件であった。

表6 第Ⅵ期 1962年～1974年「結核患者管理確立期」の結核看護に関する教育書

監/編/著者	発行年	タイトル	出版社
井上泰代	1962年3月	結核看護学（第2刷）	メヂカルフレンド社
井上泰代	1965年6月	看護学全書21 結核看護 （改訂第1版）	メヂカルフレンド社
足達さだ子	1966年11月	結核の看護（初版 第1刷）	メヂカルフレンド社
井上泰代 編	1967年11月	最新 看護学全書17 成人看護学 結核（第1版 第1刷）	メヂカルフレンド社
永井敏枝 編	1970年5月	外科看護手順（第1版 第1刷）	医学書院
阿部正和, 高橋シュン, 安富徹監/ 本間日臣, 高橋美智 編	1971年7月 （1965年9月第1版）	疾患別看護双書2 肺臓疾患患者の看護—病態生理から生活指導まで（第2版）	医学書院

井上泰代著の3冊は、同じ出版社によって発刊され、少し違うタイトル名は付けられていたが、3冊とも同じ内容であった。1962年発刊には、「熟練した看護は病気の看護」でないこと、「看護の対象は常に病気を持つ個人である」ことが強調されていた⁷⁶⁾。

足達さだ子（前日本赤十字社医療センター看護部長）『結核の看護』は、著者の経験を通して結核看護について1冊にまとめられた書である。結核看護の意義・目的・目標についての記述があり、看護の方向性を示した上で、結核の歴史から導入があり、知識と看護実践を学習できるように作成されてあった。まさしく本書は結核の看護専門書である。それゆえに1978年には版を変えず第23刷が出されている。新たな問題として耐性菌の問題が大きな課題で残されるとあり、「第9章化学療法の介助」が章立てしてある。すでに第3次抗結核剤が研究され、種々試みられている状態であると、化学療法の現状について記述されている。一般看護に、「大気」「安静」「栄養」がある。内容は14章に分けて結核看護が具体的に示されている。

各章は次の通りである。「第1章 結核看護の意義」、「第2章 結核の歴史」、「第3章 結核の社会性」、「第4章 結核の予防方法」、「第5章 諸検査の介助」、「第6章 一般看護」ここに大気・安静・栄養・精神看護がある。「第7章 患者の教育」、「第8章 肺結核および合併症の症状と看護」、「第9章 化学療法の介助」、「第10章 外科的療法の看護」、「第11章 更生指導」、「第12章 おもな肺外結核の看護」、「第13章 結核予防法」、「第14章 他の医療機関との連携」である。一般看護の精神看護に結核患者の心理理解と看護について説明がある。

入院が半年から数年、病院という特殊な環境の中で生活することによって、患者の心理には種々の変化が表れてくる。強度の不安、ひがみ、自己中心的で他人の迷惑を考えぬ勝手なふるまい、気分の動揺、感情過敏になり、楽天的によそおったと思うと悲観的になり、神経質になる。嫉妬心、虚栄心、猜疑心が強くなり、やたらに権利を主張する。偽宗教に凝る人、症状を詳しく申し立てて優越感に浸る人もいる。生活が単調なために他人の

世話をやいたり、スキャンダルやゴシップを巻き起こしたり、反対に空想、夢にふける人もいる。このような患者心理を理解し、常に思いやる態度で接し、患者の立場になって考え、口先だけでなく、責任ある態度と誠意を示し、患者の感情面の調整を図り、常に勇気づけ、希望を持たせていくようにすること、孤独に追いやらないことも大切であることが挙げられている。

永井敏枝（中央鉄道病院高等看護学園教頭）編『外科看護手順』は、これまでの医学書院の看護学雑誌に各科別の手順を付録カードとして毎号巻末に付けられたものを、一冊にまとめてほしいという読者からの強い要請に応じて発刊された手順書であった。1978年には第9刷とあり、ニーズが高かったことが窺える。この手順は、都内有名病院の各科婦長有志の協力を得て、各病院の立場からの細部にわたる検討の結果による書であった。各病院の手順を作る際の参考、臨床実習の学生用、復職ナースの再教育用、臨床における日常看護業務の再確認の資としての活用を期待し発行された。結核に特定した書ではない。「肺癌の患者の看護」の中に、「咯血」の看護があるのみで具体的には書かれていなかった。

高橋シュン（聖路加看護大学教授）監修『疾患別看護双書2 肺臓疾患患者の看護－病態生理から生活指導まで』は医師との共著で、これまでにない肺疾患患者の医療と看護について、肺の解剖整理、病態生理、症状、検査、治療、リハビリ、疫学、退院後の生活指導など、患者理解が深まる医療と看護の総合書であった。リハビリテーション、放射線、医師、看護職の多職種で執筆され患者の生活指導に至るまで書かれていた。

肺臓の手術の内容には、手術前後の看護は見られたが手術中の看護は書かれていない。各章には次の項目を設けてあった。「Ⅰ肺の解剖整理と病態生理」、「Ⅱ肺臓疾患の診断に必要な諸検査と看護婦の役割」は喀痰検査、X線検査、肺機能検査、胸腔穿刺、生体組織検査、気管支鏡検査などであった。「Ⅲ肺臓疾患の症状・徴候とその看護」は血痰・咯血時の看護、呼吸困難時の看護などであった。「Ⅳ肺臓疾患の各種治療法と看護」は、喀痰除去、酸素吸入療法、人工呼吸法、胸腔内注気および脱気、胸水の除去、肺手術、薬剤、放射線療法などであった。「Ⅴ肺臓疾患のリハビリテーション」はリハビリテーションと看護とはされていない。治療の目標設定、患者の評価、肺結核に対するリハビリテーションなどの説明に留まっていた。

その他、職業訓練についての紹介が4行見られた。対象は転職を必要とし、入院治療の必要がなくなった人には、1967年7月から身体障害者福祉法の改定により「内部障害者更生施設」において、簿記・洋裁・印刷・レタリング・電子工学・衛生検査技術など、職業訓練を受けることができることの説明がなされていた。「Ⅵ呼吸器疾患の公衆衛生面とその看護」では、生活指導と管理に必要な公衆衛生学、肺結核の生活指導（結核患者・家族・入院する患者）などが記されていた。

入院から退院時の配慮については、次の説明が記されていた。

入院する患者は、家族や社会から隔離された未知な病院生活、手術への恐怖、入院後の家族の生活、自己の仕事に対する気がかりなど複雑なものがあるため、あらかじめ病院・療養所の規定や規則、入院生活の状況などを説明し、相談に乗って不安の軽減に努めることとあった。入院中の配慮では、入院が長期になることで病状についての不安、焦慮、悲嘆などで苦しみ、家族からの疎外感や社会に対する敗北感・挫折感などで悩み、極端な場

合には、無断外出・飲酒・乱暴をはたらくなど療養の秩序を破壊する行為をとるようになることがあった。退院時の配慮は、家族に温かい愛情をもって迎えるように話すこと、家族の健康状態を確認し入院中に得た療養態度を崩さないよう注意すること、また、定期受診の必要性を説明することなどが挙げられていた。

1967年改正「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」では、看護教育のあり方の基本的な方向性が提示され、健康の保持増進、疾病予防から疾病の回復、リハビリテーションまでを含み、全人的な看護を目指し、専門科目として看護学を独立させるなどの改正が行われた。「内科疾患と看護」の科目と「実習」の備考に「伝染性疾患及び寄生虫疾患を含む」としてあるが、結核の表記は見られなかった⁷⁷⁾。

また、1973年に発刊された看護婦が書いた書籍に『慢性疾患患者の継続看護』⁷⁸⁾があるが、結核に特化した目次はすでに設けられていない。これは、結核が一位を続けていた死亡率が、1951年には10万対110.3となり、一位を脳出血に譲って二位となっていたこと、1952年にはさらに低下し10万対82.2となったからである⁷⁹⁾。また、その後、1975年には、結核死亡率が初めて人口10万対10を割って一けたに、罹患率が100を切って二けたになり、日本の結核状況がまん延の状況から中等度に移行した節目の年⁸⁰⁾であると言われ、死亡率が慢性疾患に移行したからである。

第V期の結核看護の教育書の特徴は、看護婦が単著で執筆した1966年『結核の看護』、1970年『外科看護手順』、その他、共著1冊が見られたことである。

1966年の『結核の看護』は、第1章に結核看護の「意義・目的」に加えて「目標」が示されており、また、「看護婦の心がまえ」の説明もあった。目標は目指す到達点であり、目標は目的に達成する具体的な手段である。目標を明示することによって、結核看護の共通理解のもとに看護が行われるようになったと考える。また、患者の精神的側面についても具体的に説明してある。これまでも患者の精神面と対応について説明がなされていたが、医療では、「1960年頃になって、ようやく結核患者の心理状態が理解されだし、身体面だけでなく心理面も含めた医療の重要性が注目されるようになりだしたのである。」⁸¹⁾との報告があり、これまでは看護婦も医療者として患者の療養生活を看していく中で、意表を突く発言や行動などの理解に困窮していたと考える。

1970年の『外科看護手順』は、『看護学雑誌』に付録カードとして毎号掲載していた各科別の外科看護の手順で、読者の要望に応じて一冊にまとめた手順書であり、看護婦のニーズが高かったのは、一括集約で活用がしやすかったのではないだろうか。「肺癌の患者の看護」の中に、「咯血」の看護があるのみで具体的には書かれていなかった背景について見ると、結核の外科治療においては、抗結核標準化学療法 of 普及に伴い、1965年前後をピークに減少していたからである。また、特にRFP（リファンピシン）が導入された1973年頃からは激減し、その後、特に肺結核は化学療法で根治しうる時代となったことが挙げられる⁸²⁾。

1971年発刊の『疾患別看護双書 2 肺臓疾患患者の看護—病態生理から生活指導まで』は、1965年に第1版が発刊されていた。本書は、これまでにない肺疾患患者の医療と看護について記述された患者理解が深まる医療と看護の総合書としているが、手術中の看護の記載はない。また、「Vリハビリテーション」は、リハビリテーションと看護とはなっていない。看護婦が実施可能なリハビリや連携することは挙げられていない。職業訓練の

紹介が少し見られるので、復職支援について知ることができる。患者が結核と診断され入院をすることは、患者の生活が一変し、患者とともに家族の心理的負担が大きくなる。特に長期入院の患者はさまざまな葛藤を抱え自暴自棄になるケースもあるので、不安が軽減できるように相談にのり、自尊心を保ちながら退院後の復職支援をしていく必要性など、患者の心理状態を理解した看護が示されていた。

<注>

- 1) 2) 立川昭二(1971)NHK ブックス 152, 病気の社会史-文明に探る病因, 日本放送出版協会, 11.
- 3) 安達さだ子(1978)結核の看護, メヂカルフレンド社, 1.
- 4) 青木純一(2004)『結核の社会史-国民病対策の組織化と結核患者の実像を追って一』, 御茶の水書房, 4-5.
- 5) 財団法人結核予防会(1959)『結核のあゆみ』, 財団法人結核予防会.
- 6) 岡西順二郎(1973)『結核絶滅へのみち』, 薬業時報社.
- 7) 小松良夫(1973)『わが国の結核 明治から今日まで』, 薬業時報社.
- 8) 福田真人(1995)『結核の文化史-近代日本における病のイメージ』, 名古屋大学出版会.
- 9) 小松良夫(2000)『結核-日本近代史の裏側-』, 清風堂書店.
- 10) 青木正和(2003)『結核の歴史』, 講談社.
- 11) 青木純一(2004)『結核の社会史-国民病対策の組織化と結核患者の実像を追って一』, 御茶の水書房.
- 12) 北川扶生子(2021)結核がつくる物語-感染と読者の近代, 岩波書店, 197.
- 13) 青木正和(2003)結核の歴史, 講談社, 25.
- 14) 氏家幸子(1991)看護教育の概念, 看護MOOK37, 看護教育, 金原出版.
- 15) 青木純一(2016)日本における結核療養所の歴史と時期区分に関する考察, 専修大学社会科学年報, 50, 3-22.
- 16) 青木正和(2004)医師・看護職のための結核病学 結核対策史, 財団法人結核予防会.
- 17) 前掲 16):13.
- 18) 19) 前掲 16):14.
- 20) 21) 前掲 16):15.
- 22) 島尾忠男(2008)結核の今昔-統計と先人の業績から学び、今後の課題を考える-, 克誠堂出版, 1-50.
- 23) 兼松・戸井田一郎(2009)日本におけるBCGの歴史, 日本におけるBCGの歴史出版委員会, 100-121.
- 24) 前掲 15):12.
- 25) 青木正和(2003)結核の歴史, 講談社, 166-167.
- 26) 保健衛生調査会答申(1955)結核予防の根本的対策, 医政八十年史, 印刷局朝陽会, 754.
- 27) 前掲 25):168-169.
- 28) 前掲 25):169.
- 29) 前掲 15):12-13.

- 30) 31) 前掲 25) : 170.
- 32) 前掲 25) : 171.
- 33) 前掲 25) : 171-172.
- 34) 前掲 16) : 54.
- 35) 前掲 25) : 211.
- 36) 前掲 25) : 212-213.
- 37) 前掲 25) : 218-219.
- 38) 39) 青木正和(2008) 連載 わが国の結核対策の現状と課題(1) 「わが国の結核対策の歩み」 日本公衆衛生誌(9), 669.
- 40) 日本看護歴史学会編(2014) 日本の看護のあゆみ—歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 224.
- 41) 平野 鏡編集(1896) 看病の心得, 博文館, 東京市, 国立国会図書館デジタルコレクション.
- 42) 前掲41) : 79-109 (目次は80-108).
- 43) 前掲41) : 79-80.
- 44) 前掲41) : 80.
- 45) 大関和(1899) 派出看護婦心得, 大関看護婦会: 2 (著者記す).
- 46) 前掲45) : 14.
- 47) 前掲45) : 50-58.
- 48) 厚生省医務局(1971) 医制百年史記述編, ぎょうせい, 250.
- 49) 前掲45) : 14.
- 50) 高木佐知子(1985) 派出看護婦の歴史について, クリニカルスタディ, 68-73.
- 51) 亀山美知子(1985) 明治期女子教育における看護教育の位置づけについて, 第16回日本看護学会集録総合看護, 95-97.
- 52) 大関チカ(1908) 實地看護法, 東京看護婦会, 133-137.
- 53) 前掲52) : 214-222.
- 54) 前掲52) : 214.
- 55) 前掲52) : 321-322.
- 56) 新村出(編) (1979) 広辞苑, 第2版補訂版, 緑川亭, 855.
- 57) 金子 光(1994) 看護の灯 高くかかげて, 医学書院, 99.
- 58) ニューヨーク看護教育局編, 井上泰代訳(1948) 總司令部看護課指導 看護學叢書 結核メヂカルフレンド社, 1.
- 59) ドローシイ・デエミング(訳者記入なし)(1948) 總司令部看護課指導 看護學叢書 結核の家庭看護 Home Care of Tuberculosis —患者の心理— —Hints for the Patient—, アメリカ国立結核協会発行, メヂカルフレンド社, 目次.
- 60) グレース・M. ロングハースト, 井上泰代訳(1950) 結核看護技術教本, フイラデルフィア F・A・デーヴィス会社, まえがき.
- 61) 前掲 60) : 序言.
- 62) 前掲60) : 54.
- 63) 金子 光(1994) 看護の灯 高くかかげて, 医学書院, 99.

- 64) 中山相子(1951) 結核看護(3), 看護学雑誌, 9(5), 医学書院, 14-16.
- 65) 木下安子(1969) 近代日本看護史, メヂカルフレンド社, 序文前(資料4).
- 66) 日本看護協会編(1967) 日本看護協会史・第1巻, 日本看護協会出版会, 40.
- 67) 前掲59):20.
- 68) 小林紀子, 2012, 後期, 「特集①結核展望100号を迎えて 日本の結核対策における保健看護活動50年のあゆみ, 保健師・看護師の結核展望, No.100, Presented by Medical*Online:25. (2021.9.5)
- 69) 健康圖書出版社刊(1941) 肺病は必ず治る<家庭総合療法指導書>第四輯 結核の看護と家庭の豫防, 健康圖書出版社.
- 70) 井上泰代(1967) 最新看護学全書17 成人看護学 結核, メヂカルフレンド社, 6.
- 71) グレース・M. ロングハースト, 井上泰代訳(1950) 結核看護技術教本, フイラデルフィア F・A・デーヴィス会社.
- 72) 井上泰代編(1953) 結核予防会結核研修所松陰学園, 写真で見る家庭看護の仕方, 保健同人社, 1.
- 73) 前掲72):3-4.
- 74) 井上泰代 編(1954) 結核と看護, 主婦の友社, 6.
- 75) 井上泰代(1961) 看護学全書21 結核看護学, メヂカルフレンド社, 3.
- 76) 井上泰代(1962) 看護学全書17 結核看護学, メヂカルフレンド社, 3.
- 77) 看護行政研究会編(2019) 2019年看護六法, 新日本法規, 1635-1640.
- 78) 松下和子, 杉本かめの, 粕谷敦子, 平林恵子(1973) 慢性疾患患者の継続看護, メヂカルフレンド社, 23.
- 79) 前掲6):211.
- 80) 島尾忠男(1999) 結核予防会六十年の軌跡, 公衆衛生63(2), 財団法人結核予防会.
- 81) 国立療養所結核精神衛生協同研究班編(1959) 結核患者の精神衛生—実態と指導, 医学書院, 1.
- 82) 四元秀毅, 倉島篤行(2012) 結核Up to Date結核症+非結核性抗酸菌症+アスペルギルス症(改訂第3版), 南江堂, 97.

第 I 章 近代日本の結核病史をめぐって

はじめに

この章では、近代日本における結核病史について、結核の起源、結核の病態生理および死亡率を概観し、結核に罹患した患者がおかれた心理状態について述べる。また、看護に関わる初期の看護書や看護関係の雑誌、看護史書の歴史から結核看護教育において求められていた看護について明らかにし、結核医学史における看護婦の活動についてもみていく。そして、現在、結核看護史研究はどのようになされているのか、その現状について述べる。

結核病について興味深いことは、結核蔓延の原因説が、現在の医療では考えにくい本人の体質や遺伝という捉え方をしていたという歴史があったことである。ここに至る背景は、結核流行期の第 1 回目のピークであった 1916 年～1918 年の翌年となる 1919 年に結核予防法が制定されたが、結核は社会全体の問題であるとする意識が高まり、結核の蔓延原因は劣悪な環境にあるので、国力で変えるべきという見方になり、その後、個人の体質や遺伝によるものとされ、環境の視点から体質へと移行している。また、心身の疲労によって発病するという説や、下層無産者階級に結核患者が多いことから結核は階級の問題であるとされていたのである。こうして、大正時代末から昭和初期の時期には、「国民の生活環境を向上させることで結核を撲滅し予防しようという考え方が、医師から学者、政治家に至るまで、広く見られる」¹⁾ようになった。

戦時になると新たに遺伝という体質が原因であるとされ、遺伝子の向上を目指す優生学が台頭し、虚弱児童の出産が親の健康状態との関係があるという考えや、結核になりやすい体質は遺伝するという説が論じられるようになった。また、医師が人類の義務という考えにより、結核患者の卵巣を切除し産児制限を行うことを提案していた時代もあった²⁾。

結核患者の増加は国力に影響したため、国も医師も結核蔓延の原因を追究しなければならぬ時代があった。しかし、結核蔓延の原因によって一番影響を受けたのは歴史を生き抜いた患者とその家族であったことには違いない。

1. 「結核」の語源

このように患者と家族が苦しむこととなった結核は、いつから見られ、どのように蔓延したのだろうか。

結核看護の歴史研究を進めていく上で、まず、結核の起源と日本における最初の結核患者、ならびに結核の流行の推移についての概要からみていくこととする。

結核の病気の状態や原因がはっきりしなかったころには、同じ病名にいろいろの病気が包含されていた。ギリシャ語のフティージスという言葉が、慢性肺結核に使われたが、これは「つかれ、消耗し、衰弱する」という意味である。

英語ではこれをコンサンプション (Consumption) といい、ドイツ語ではシュヴィンドズフト (Schwindsucht) と訳している。

漢方医学では古い時代から「労」というが、これもまた「つかれ」という意味である。

漢方医学の流れをくんでいたわが国では、労咳、労瘵、肺労、伝外屍労という言葉が江戸時代にもっとも多く使われた。

「結核結節 (tuberculum)」という術語を最初に使ったのは、オランダのシルヴィウス (F. Sylvius, 1614~1672) であった。肺労で死んだ人を解剖し、肺に特有な結節を発見して、これをツベルクルムと名づけ、これが化膿して潰瘍になるといった。

19世紀になって、スイスのチューリヒ大学のシェーンライン (Schönlein) は、肺労の病理解剖学的基礎となるのは結核結節であるから、この病気を結核症 (tuberculosis) と呼ぶのが適当であると述べ、これが一般に使われるようになった。

漢方医学で結核というのは、ルイレキ、すなわち頸部リンパ腺結核、あるいは、これに似た塊りをした病気を意味した。明治のはじめに、tuberculosis の語訳として「結核」が使われ、以後これに従っている³⁾。

明治初期、1878年 (明治11年) の日本医事新報第一号「死刑囚の病理解剖所見」に「肺結核」という記載があるので、明治初期には結核という言葉はかなり普及していたと考えられている⁴⁾。

2. 結核の起源と日本最古の結核患者

結核の語源については分かったが、次は結核の起源について見ていく。

結核菌が地球上に出現したのは、今からおよそ3万5,000年前と推定されている。かつては結核菌も、人から人への感染性も病原性もなく、一般環境 (土壌や池、川などの水) 中に広く生息していた非結核性抗酸菌からDNA一部分子の水平伝達による変異によって病原性のある結核菌に変化したと考えられ、その祖先である非結核性抗酸菌は、およそ250万年前から地球上に存在していたと考えられている。

結核菌は人によって運ばれたと考えられており、日本最古と推定される結核症例は弥生時代とされている。

その背景には、人類の地球上大移動に伴うことが伝搬経路として推定されている。原始人類からホモサピエンスへの進化は、今から15万年前にアフリカ中部で起こり、ソマリアから人類のアフリカ脱出が始まり、世界最初の都市文明であるメソポタミア文明とやや遅れてのエジプト文明 (紀元前3,000年がピーク) の発達は、人口密集の結果として、それまで散發的であった結核の伝染性を著しく増幅した。エジプトのミイラの骨組織から結核性カリエス病変と思われる変化が見つかり、DNA分析から結核菌であることが同定されている。

シリア沖の海底から、9,000年前の遺跡が発見され、そこに埋葬されていた大人と子供の脊椎にそれぞれカリエスの病変が見出されている。また、それとほぼ同じころにドイツで発掘されたネアンデルタール人にも骨結核が見られている。

その後の人類の地球上大移動に伴い、結核菌は次の①~④の4つの伝搬経路群が推定されている。①アフリカ大陸内での感染の拡大、メソポタミア地域への蔓延、②比較的早い時期に海沿いにインドからマレーシア、インドネシア、オーストラリアへ、③メソポタミア地域からロシアを經由して中国、アラスカを経て北米へ、④メソポタミア地域から地中海、ヨーロッパ各地へ、さらに大西洋を越えて北米への伝搬経路である。

日本へはかなり遅れて朝鮮半島を経て伝来したと考えられている。

その理由は、日本は海に囲まれているため大陸からの伝搬は起こりにくく、弥生時代になってようやく骨カリエス所見のある発掘遺体が見つかり、朝鮮南部の死体からも同様の

所見の報告があることから、結核菌は朝鮮半島を経て日本に運び込まれたものと推定されている⁵⁾。この日本最古と推定される弥生時代に属する結核症例が近年になって発見された。1999年に鳥取県青谷町に所在する弥生時代の中期と比定される青谷上寺地（あおやかみじち）遺跡から出土した多数の人骨から、少なくとも2例の脊椎カリエスを示す症例が発見されたからである。この人骨群からは、脊椎病変のみならず幾本もの肋骨片からも胸膜側に結核と考えられる破壊性炎症性病変が確認され、同一遺体から2体以上の人骨に結核の病変の存在が推定されている⁶⁾。

このように日本では、弥生時代から結核に罹患し、人々の生命や生活を脅かしてきたのである。弥生時代は生活基盤が狩猟採集から稲作農耕へと転換され、米食がはじまり、金属器が使用された時代である。個人の栄養状態の変化も大きかったと考えられ、要因のひとつとして、質の変化では動物性タンパク質摂取量が低下し、病気に対する免疫、抵抗力が低下したことがあげられる。量の変化の観点からは、比較的安定した米の供給による炭水化物の摂取量の増加である。農耕が開始されたとはいえ、安定したエネルギー源として米穀類の供給が可能となるまでには、数百年におよぶ時間が必要であったと考えられている。個人でも集団としてもかなりの低栄養状態はまぬがれなかったはずで、結核をはじめとする疾病を受け入れやすい時期にあったと推定されている。

弥生時代は集落に環濠が存在していたことから、人びとが集団的に武装し、集団間での戦争のあった時代であった。戦争が繰り返される社会的なストレスは、結核の流行を増強させること、環濠による狭い生活空間においては、結核流行の温床となった可能性が示唆されている⁷⁾。結核菌の宿主である人間は、社会環境に影響されてきた歴史がある。

3. 結核の流行の推移

この結核という感染症は、どのように蔓延し、人々の生命を脅かしてきたのであろうか。

人類を苦しめてきた結核の蔓延は産業革命から始まっている。狭い空間に密集して十分な栄養をとらずに労働するというような状況は、ヒトの臓器を培地として増殖する結核菌にとってきわめて好条件である。

世界的に見ても、結核菌が発見され、結核が伝染病であることが確定したのは1882年、結核症をひとつの病気として統一的に理解する考え方がほぼ確立したのは1916年になってからのことであった⁸⁾。

なお、結核が「伝染病」であることが科学的にはじめて立証されたのは1865年、フランスの外科医ウイユマンがヒトの結核をウサギに移した実験であり、コッホの結核菌発見より17年さかのぼる⁹⁾。

世界的な観点で見ると、結核の爆発的な広がりには、18世紀半ばのロンドンで、ピーク時に人口10万人あたりの年間死亡率が1,000人近くになるほどであった。蔓延は産業革命を反映して各地にみられ、19世紀には西ヨーロッパ、ついで米国の大都市などでいずれもピーク時に人口10万あたり年間数百人の死亡者を出している。

その後、1882年にRobert Kochが結核菌を発見し、近代的な診断・治療や公衆衛生学的予防対策が展開された。生活環境の向上や、1944年streptomycin(SM)に始まりrifampicin(RFP)までの抗結核薬登場により、欧米先進国においては1970年後半には、結核はひとたび解決されたように思われた。

しかし、1980 年後半に結核罹患率は再上昇し「結核の再興」が起こった。これはヒト免疫不全ウイルス（HIV）感染、移民・難民、ホームレス（路上生活者）や麻薬常用者、多剤耐性菌の増加などによるものであった。

一方、開発途上国では貧しい生活環境と HIV 感染の拡がりを背景に結核が蔓延して、世界は結核の新興・再興状態となり、1992 年 WHO は「結核緊急事態宣言」を出している。2016 年の世界の状況は、世界全体で、結核罹患数は 1,040 万人、結核死亡（HIV 陰性）数 130 万人と推定されている。全世界で結核発生数 1,040 万のうち 10% が HIV 陽性である。死因統計では HIV 合併結核死亡は HIV 死亡に分類されるが、この死因分類でも結核は単一の病原体による感染症としては最大の死亡原因である¹⁰⁾。

日本には、いつごろから結核があったか、はっきりしていない。固有の文字をもっていなかった日本人には記録はなかった。六世紀になって、朝鮮を経て漢字が伝えられた。七世紀のはじめ、唐（中国）に派遣された恵日と福因が、中国の医書をもって帰るまでは、病気について書かれた本はなかった。その後、中国の医書がつぎつぎに輸入された。

日本人の手で、漢文で書かれた医書が出たのは、九世紀から十世紀のことであったが、これらの医書は、いずれも中国の医書、とくに「病源候論」（604）の焼きなおしであったから、その中に肺労の記載があったからといって、わが国にも肺労患者がいたという確証にはならない¹¹⁾。

奈良、平安、鎌倉、室町のどの時代にも結核の流行を考えさせる記述はない¹²⁾。結核の可能性が考えられる事例を症状、経過、周囲の人の発病状況などを参考にして古文書の記録から探し、天武天皇（?～686）が、最初の結核患者だったかもしれないとし、堀河天皇（1079～1107）は症状と経過から、結核だったらしいとしている¹³⁾。そののちの二条天皇（1143～1165）、六条天皇（1164～1176）を肺労の可能性があったとしている¹⁴⁾。奥州藤原氏の第 3 代藤原秀衡（1122?～1187）は結核性のカリエスの可能性が高いとされている¹⁵⁾。

青木は、平安時代の末期には結核は全国で散発していたこと、鎌倉時代から後になると結核の流行を思わせる記録は今までのところ見つけられていないと述べている¹⁶⁾。

江戸幕府が開府された 1603 年以降の江戸時代において結核であった人は、白隠禅師（1685～1768）、頼山陽（1780～1832）、高杉晋作（1839～1867）、沖田総司（1842?～1868）などである。江戸時代は、商業、家内工業、都市などが次第に発達したためである¹⁷⁾。

『江戸病草紙』にも肺結核が江戸時代初期に流行していたことが述べられている。肺結核は、たんに「労」あるいは「労症」または「虚労」といわれていたが、庶民のあいだでは「労瘵」「労咳」がもっともひろく用いられていた。ほかにも「肺労」「労咳」「伝屍」などと呼ばれていた。労はツカレル、咳はせき、瘵はスリキレルの意で、痩せ細り咳の出る病態からいったものである¹⁸⁾¹⁹⁾。

『病気日本史』においても肺結核の呼び方が同様に綴られており、労咳（肺病）は昔から猛威をふるい、明治時代になっても日本帝国の「亡国病」と呼ばれるほどに、人々から恐れられたとしている²⁰⁾。また、死因が労咳（肺結核）であった歴史上の人物は、武田信玄、豊臣秀吉、加藤清正、頼山陽が挙げられている²¹⁾。

結核は江戸時代に「老咳（ろうがい）」の名で知られていたが、国民病と呼ばれるほど

の拡がりをみせたのは 19 世紀末からである。かつての欧米ほどではないが 20 世紀前半期には人口 10 万対の死亡率が 200 を超え一時的に横ばい状態で推移した。このような状況は、第二次世界大戦後に大幅に改善された。これに大きく貢献したのは、栄養状態をはじめとする生活レベルの向上と抗結核薬の出現であり、結核予防法のもとに国をあげて行った結核対策であった。

しかし、戦前の高い蔓延率を反映して高齢者に既感染者が多く、これが現在の高齢者結核多発の背景になっている²²⁾。つまり、日本が結核高まん延期であった青少年期に結核菌に感染し、その後高齢になり発病したと考えられている²³⁾。1999 年に全国国立療養所に入院して死亡した結核症例の 387 例は 50 歳代であり、死因は全身衰弱、急速進展、心肺機能不全、喀血の順であった²⁴⁾。1996 年以降の微増の原因について森亨は、基本的に急速な人口の高齢化によると考えられるが、医学的リスク集団（免疫抑制宿主）や社会経済的弱者（健康管理の機会に恵まれない階層）への発生集中、医療や行政の結核軽視が様相を複雑化させている（患者の重症化、予後・治療成績の悪化、集団感染や院内感染の多発、薬剤耐性例の増加傾向）としている²⁵⁾。

結核の統計 2018 によると、日本の 2017 年における新登録全結核患者数は 16,789 人で、前年より 836 人(4.7%)減少している。70 歳以上の患者数は 9,913 人で全結核患者の 59.0%で、結核患者の中での高齢者の占める割合は高い状況である²⁶⁾。このように結核の最近の傾向と問題は見られるが、結核の流行に対して、これまで国を挙げて結核対策がとられ効果を上げてきた。

日本で結核が社会問題化したのは、『女工哀史』²⁷⁾に象徴される戦前の産業革命による製糸工場や紡績工場などでの若い女性の結核の蔓延であった。しかし結核が結核菌の感染によって起こる伝染病と正確に認識されたのは、1882 年にドイツ人ロベルト・コッホが結核菌を発見して以降のことになる

戦前に蔓延した結核は第二次世界大戦後以降、結核罹患率を減少させているが、結核は慢性感染症で、蔓延状況を制圧するためには、明治以降から戦後まで長い模索期間があった。

4. 結核の病態および結核患者の死亡率

1) 結核の感染と発病

結核の流行について大きな流れはみたが、感染力のある結核菌の病態とはいったいどのようなものなのだろうか、また、結核の感染力は人の生命にどの程度の影響をもたらしたのだろうか。

結核は、「結核菌」という細菌による慢性感染症である。結核菌はヒトの細胞内を最適の生存環境とするように適応した抗酸菌で、ヒト以外の感染はまれである。

結核の感染は、肺結核患者がくしゃみや咳をしたときに出る飛沫中の結核菌を吸い込み、空気感染によって起こる。飛沫中の結核菌は 1~2 μm 程度の飛沫核となって空気中を約 30 分漂うことができる。結核菌が肺に吸い込まれても多くは気管壁に付着してしまい、上皮細胞の気道線毛の働きで除去されてしまうが、一部の結核菌は排除を免れ、末梢の肺胞に到達する。そして、肺胞マクロファージに異物として貪食され、感染が成立する。このように結核菌は空気感染により伝染する感染症である。結核菌は肺から気道・リンパ・血流

に乗って全身に広がるが、肺病変が最も多く、一生の間に約 10～15%が発病する。また、発病の 80～90%は感染してから 2 年以内とされている。

発病タイプは、感染して短期間で発病する一次結核と、数年以上経ってから発病する二次結核とがある。

2) 結核の病理所見と発病に関する要因

以上のような特徴を持つ結核菌の人体への影響と、発病にはどのような要因があるのだろうか。

結核の病理所見は多彩である。まず、充血・浮腫・細胞浸潤などからなる非特異的な滲出性反応という病原微生物の侵入に対して共通してみられる生体反応が起きる。続いて、繁殖性・増殖性反応が起こる。順調に経過すると繊維化して硬化巣になり病巣は非活動性になる。しかし、細胞性免疫に伴うアレルギー機序などにより凝固壊死（乾酪壊死）が起こると空洞が形成され、病変部位から結核菌が撒布されて感染（病巣）が広がる。この結核菌は、感染の広がりやすい密閉空間で、換気の悪い空間は危険区域とされる。

明治期以降、富国政策の中心として生糸の生産が盛んになり、紡績工場が関東地方をはじめ多くの地域につくられたが、ここでは各地の農村から多数の若い女性が女工として過酷な労働に従事していたのである。彼女たちは結核の未感染者であったし、要するに結核菌に対して免疫力をもっていない状態であった。

工場で働く女工は、密閉された高温、多湿の環境のなかで集団作業をしていた。そのため工場内では結核がまん延し、また、日々の生活も集団生活であり、結核のまん延が避けられない環境下で多数の結核患者が出たのである。その上、集団生活では粗末な食事が与えられ不十分な栄養状態で、十分な睡眠もとれず、過剰なストレスの状態に置かれていた。悲惨なことに、結核に感染すると労働力にはならないため郷里に帰され、結核未感染の地で、彼女らが感染源となって結核が拡大していく要因となったのである。

若い男性の場合には、軍隊での集団生活においても同じようなことが言え、結核は、発病の起こりやすい状況でまん延する感染症である。

3) 結核治療法の変遷と民間療法

劣悪な環境下で労働し結核に感染した患者の治療は、歴史においてどのように行われてきたのか確認する。

医師の井上により発刊された『結核学と結核看護法』（1960）²⁸⁾を頼りに結核治療法の歴史をみると、ヒポクラテスの時代から現代に通じる結核治療が行われていたとし、結核の起源について次のように説明している。

結核が古い歴史をもっていることは石器時代やエジプト時代の人骨にその痕跡を発見したことで早くから知られていたが、ギリシャ時代にヒポクラテスが遺した著書の中には、結核は消耗する疾患であり、伝染病であることを記している。また、その治療には、新鮮な空気・安静・食餌（栄養）が必要だという、われわれが今日まで行ってきた治療の基礎を教えている。その後結核の科学的知識は、ルネッサンスになって初めて近代的な意味で発展して来た。

また、結核治療に化学療法が導入されるまでの結核治療の概要、予防、および化学療法

として使用されるようになった最初の薬剤までの歴史については、表 1-1～表 1-4 の通りである。いずれの年表も井上の書に記されているものである。

表 1-1 医学的面からの結核の歴史

1680年	オランダのシルビウス (Sylvius) の結核結節の発見	1870年代	組織学の進歩により病理学の考え方が変わる
1754年	ウィーンのアウエンブルーゲル (Auenbrugger) の打診法の考案	1882年	ドイツのコッホ (Koch) の結核菌発見
1761年	イタリアのモルガグニ (Morgagni) の結核性脳膜炎の臨床的解剖学的研究の発表	1898年	ドイツのキュス (Küss) による結核菌侵入局所の変化の研究発表 (人間においては肺へ吸入感染の起こるといふ報告)
1819年	フランスのラエンネック (Laennec) の聴診器の発明, 後臨床と病理上の研究発表		ウィーンのフォンビルケー (Von Pirquet) のツベルクリンによる結核感染の診断
1868年	フランスのヴィユマン (Villemin) の動物実験による結核が伝染病であることの証明発表	1895年	ドイツのレントゲン (Röntgen) のX線発見(1920年実用化)
		1914年	ドイツのランケ (Ranke) の初期変化群についての発表

表 1-2 結核治療と予防の歴史

1751年	スペインのフェルディナンド六世 (Ferdinand VI) による予防のための結核患者の届出と患者使用品の焼却命令公布
1814年	イギリス最初のサナトリウム設立
1859年	ドイツのブレメル (Brehmer) による療養所における刺激療法実施
1876年	ドイツのデットワイレル (Dettweiler) の療養所における安静療法実施
1884年	アメリカ, トルードー (Trudeau) の最初のサナトリウム設立
1903年	ローリエ (Rollier) スイスに高原療養所設立,

表 1-3 結核予防のための人工免疫

	1951年	日本における法律による BCG 接種実施	
	1953年	厚生省結核実態調査施行	
		次に外科的治療法発達の歴史をみると,	
	1885年	肋骨切除による膿胸の治療実施	
1908年	フランスのカルメット (Calmette) とジェラン (Guérin) による BCG 発見	1890年	人工気胸実施
1921年	BCG の経口投与実施	1895年	肋膜外充填と気胸実施
1924年	BCG 皮下注射実施	1907年	最初の成形術行わる
1927年	BCG の皮内注射実施	1913年	焼灼術実施
1937年	乱刺法発明	1914年	横隔膜神経麻痺術実施
1947年	切皮法発明	1938年	直達法の緒である空洞吸引法実施
		1949年	日本における肺切除術実施

表 1-4 化学療法剤が研究の段階から実用された最初の薬剤

1943年	レーマン(Lehman)のPAS (Para-Amino Salicylic Acid)
1944年	ワックスマン (Waksman) のストレプトマイシン (Streptomycin)発見
1948年	ドマーク (Domagk) のカルバゾン (Carbason)発見
1952年	INAH (Isonicotinic acid hydrazide) の発表

医療が発展し、化学療法の導入がなされるまでは、結核は不治の病、死の病気として恐れられ、結核患者の中には様々な民間療法にすがった人もいた。

民間療法について記してある医師の竹中成憲による『通俗肺結核豫防及療法』²⁹⁾(1907)をみると、表紙の裏に薄紙を綴じた次のページに、痰の中にある結核菌を赤く染色した結核菌が示されている(資料 1-1 右)。竹中が記している民間療法は医師としての知見に基づくものであろうし、明らかに人体へ影響を及ぼすと思われる療法は見られない(資料 1-2)。しかし、人骨のように、現在の医療ではまったく予想すらできない民間療法も行われていたようである(資料 1-3)。



資料 1-1 竹中成憲(1907)通俗肺結核豫防及療法, 表紙
と次頁にとじてある染色した結核菌

- ▲民間療法
- 一 鰻の骨を薫し其烟を吸込んで效あるといふも實際寸效なし
鰻やに肺病なく烟草やに「ひぜん」なしと云ふ
晒木綿やに「ひぜん」なきは事實なり晒粉は「ひぜん」の薬なればなり
- 一 ひばたの蟲は効なし
- 一 鳩麥餡は餡の効あるのみ鳩麥は効なきものなり
- 一 大蒜(んにく)、野蒜(のびる)、「たかのつめ」、韭(にら)等多少の効あるべし
- 「のびる」英語 wild garlic 學名 Allium nipponicum
- 外國にても大蒜を常食する地には肺病少し
- 一 糸瓜の水肺病に効ありと稱すれども、單に多少發汗の効あるのみ
- 一 松脂は素人之を胸の病に貼布することあり多少學理なきにあらざり
- 一 「からまつ」の葉は盜汗の薬なりとて煎じて吞ひ入あり
- 一 牡蠣も盜汗に効あり

資料 1-2 竹中成憲(1907)通俗肺結核豫防及療法, 87-88.

表67 各地民間療法概計表

(本社募集の民間療法中、神奈川、兵庫の二県の人が、稿蛇を寄せし時は二とす、以下之に準ず)

蛇類の黒焼蒸焼	34
其他動物の黒焼	28
灸 点	15
鰻 の 生 血	13
鰻 の 燻 烟	12
骨 水	12
人 骨	8
蝮 酒	8
すっぽん生血	8
鰻の肉又は湯煎	8
鶏 卵 の 油	7(以下略)

資料 1-3 川上武(1982)現代日本病人史, 勁草書房, 405.

4) 結核の症状³⁰⁾

こういった民間療法に頼らざるを得なかった患者の苦悩は計り知れないものがある。結核療養者が命を繋ぐために、すがる思いで手にした民間療法であろうが、結核に罹った患者にはどのような症状がみられるのだろうか。

結核は肺をはじめとして他の臓器にも病変が起こる疾患である。慢性の経過をたどり、無症状の場合もある。結核菌が肺胞まで達すると、肉芽腫が形成されこの中に結核菌を封

じ込める。その一方、肉芽腫に封じ込めができず、免疫能の低下により肉芽腫の維持ができなくなると、結核菌は増殖し発病する。結核菌の増殖を十分に抑制できない場合には、しだいに体力を消耗させ、悪化、改善を繰り返しながら最後に死に至る場合もある。

肺内にできた病変を肺結核という。肺結核で起こりうる症状は、咳・痰・発熱・倦怠感・体重減少・ひどい寝汗・食欲の低下である。また、進行すると起こりやすい症状は、息苦しさ・血痰・喀血・胸痛である。

もう少し詳細に述べると、肺結核の症状は、胸部X線写真で明らかな異常所見を認められる排菌者の多くは、咳、痰などの気道症状を認める。しかし、全く症状を認めない患者もみられる。

結核の特徴として、軽症の時には症状が乏しいことである。喀痰塗抹検査の陽性者においては、約80%に咳、痰、喀血、胸痛、発熱、やせ、という何らかの症状を認める。中でも半数以上に咳の症状がみられる。しかし、結核に特徴的な咳はみられず、肺結核では痰を伴う湿性咳が多い。

次に多い症状は喀痰である。喀血は、空洞壁にできた動脈瘤の破綻によることが多い。したがって、喀血は空洞の大きさではなく空洞壁の性状によって喀血の有無が決まる。喀血による血液は鮮紅色で泡沫状のことが多い。なかには暗赤色を呈するが、これは血液を飲み込んだ後に嘔吐によって胃の内容物と一緒に吐出する場合である。胸痛は、病変が胸膜におよぶと胸部痛としてみられる。進行すると体重減少や寝汗がみられる。

肺結核後遺症ということが治癒後の患者を苦しめることとなるので、結核看護を行う上で知っておく必要がある。

肺結核は治療あるいは免疫能により治癒したとしても、肺の構造はもとはもどらない。また、外科的治療で行われた人工気胸術、胸郭形成術や胸膜の癒着により呼吸運動が抑制され、酸素化の低下、循環不全、二次感染などを合併する。これらを合わせて肺結核後遺症という。したがって、肺結核から回復した患者が完全にもとの社会生活にもどれる可能性はかなり低い。呼吸機能障害に伴う慢性呼吸不全が代表疾患である。

結核菌は感染初期に一過性に菌血症を呈して全身の臓器・器官に撒布し、結核病巣を形成する。しかし、組織の酸素分圧が低い臓器では定着しにくい。肺以外に結核病巣ができたものを肺外結核という。

慢性呼吸不全は、人工気胸術や胸郭形成術、臓側および壁側胸膜の癒着による胸腔機能の消失により呼吸運動が制限され、在宅酸素療法が必要となる。在宅酸素療法は化学療法が導入された後、約30数年を経て1985年に保険適用になったものである。

二次感染として肺アスペルギルス症がある。

真菌であるアスペルギルスは血管浸透性もあり大喀血につながる。抗真菌剤の併用による手術が可能であっても、慢性呼吸不全や肺性心、全身状態から外科療法が不可能な場合もある。肺に空洞が形成された場合、浄化空洞といって治療により菌がなくなっても空洞は閉鎖しないことが多い。

これらの主な肺結核後遺症から、結核が改善しても結核が後の患者の人生に大きく影響することが分かる。また、現在の医療とは違い、化学療法もなく結核医療の発展途上にあった時代の結核患者の死亡は避けられないものである。

5) 結核の死亡率

以上の結核の病態から、結核菌は患者の身体だけでなくその後の人生にも多大な影響を与えてしまうが、結核による死亡率はどの程度を示してきたのだろうか。この結果から、結核菌感染の脅威を知り、重症化した患者の心理をはかることができる。

結核の死亡率に関する資料は、『医制百年史』において、「結核の年齢階級別死亡率の推移」、1900年～1973年までの「結核死亡数および死亡率の年次推移」、1972年の「結核死亡率の国際比較」の表など具体的にまとめられているので、この記述を引用する。また、1883年に遡った「結核死亡率の推移」は青木により整理された表を引用する。

明治期の結核蔓延の状況については、医制百年史³¹⁾により次のようにまとめられている。

明治初期の結核蔓延の状況については具体的なことはわかっていないが、明治後期においてわが国では図 4-11 (図 1-1) にみられるように結核が相当の速度で増加していった。一方この時期においてイギリスなどの欧米諸国では同図にみられるように結核死亡率は漸次低下を示している。広く知られているように欧米諸国においては産業革命の時期における労働社会環境の悪化とともに労働者、低所得階層の間に急激に結核が蔓延していったといわれているが、わが国においても明治後半期まさにこの時期にあっていた。すなわち、わが国は日清戦争の前後から産業革命に突入し、繊維産業を中心とする機械生産の工場労働が大々的に開始され、これとともに多数の年少労働者が都市に集中することとなり、とりわけ繊維産業に多くの農村女性が吸収されていった。当時の工場における労働条件がいかに過酷なものであったかは明治三十六年政府がまとめた調査である「職事情」によって広く知られているが、このような過酷な労働条件と都市の不健康な生活環境は結核の蔓延にかっこうの場を提供することとなった。

一方、イギリスなどの欧米諸国においては既に産業革命を十九世紀末までにほぼ達成し、その後労働条件や都市の生活環境は次第に改善の方向をたどっていたのであり、これを背景として結核死亡は漸次改善されていった。明治末年において彼此の結核死亡率の差は相当広がり、人口 10 万対でわが国は 200 を優に超えていたのに対し、イギリス、アメリカでは 150 前後にまで低下をみていた。

このような結核の蔓延に対して明治の末年以来、わが国でも明治 37 年の「肺結核予防に関する内務省令」をはじめ、各種の結核対策が講ぜられたが、大正中期においても結核死亡数は年々 10 万を超え、死亡率は依然として人口 10 万対 200 を超えていた。大正 9 年には死亡者は 12 万余を数え、死亡率も 223.8 まで上昇したが、これを頂点として、結核死亡率は一時低落の傾向を示した。しかしながら結核の蔓延は決して楽観を許すものではなかった。

〔図4-11〕 結核死亡率の年次推移

(人口10万対)

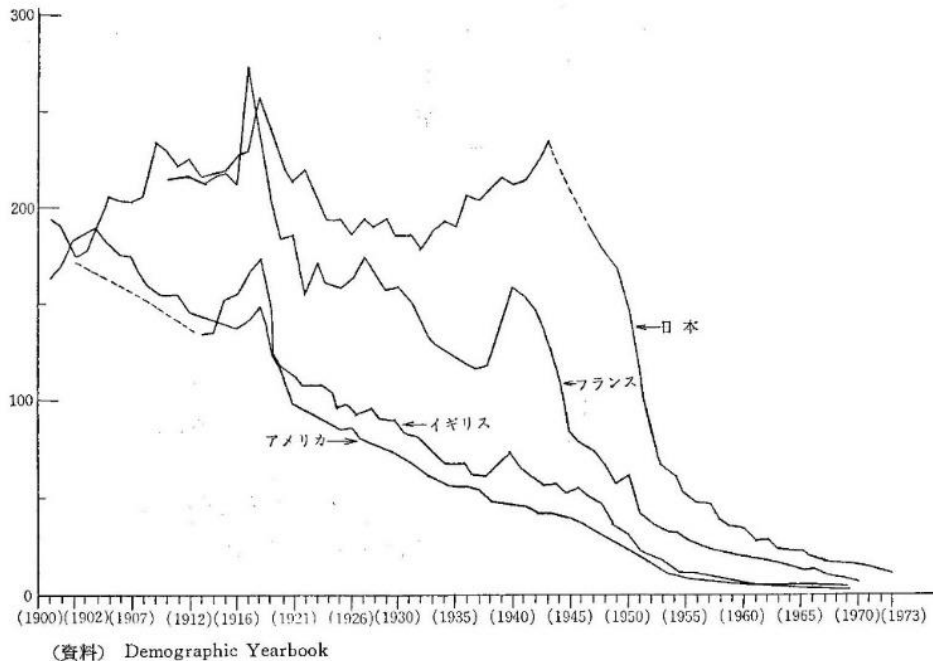


図 1-1 厚生省医務局(1975)医制百年史 付録 衛生統計からみた医制百年の歩み、ぎょうせい、東京、37.

1925 年に出版された細井和喜蔵の女工哀史には、この辺の事情を次のように記している。

工場へ行ったが為め、やった故に、村には嘗てなかつた怖るべき病ひ一肺結核を持って村娘は戻つた。娘はどうしたのか知らんと案じてゐるところへさながら幽霊のやうに蒼白かつ痩せ衰へてヒョツコリ立ち帰つて来る。彼女が出発する時には顔色も赧らかな健康さうな娘だったが、僅か三年の間に見る影もなく変わり果てた。それでもまだ、兎も角生命を携へて再び帰郷する日のあつたのはいいが、なかには全く一個の小包郵便となつて戻るのさへあつた。

ここにみられるように明治以来、結核に罹患した繊維女工をはじめとする工場労働者の帰郷によって結核は全国的にその蔓延の範囲を拡大していったのである。また図 4-12 (図 1-2) の昭和 10 年の年齢別結核死亡率からもみてとれるように、結核は特に青年層を激しく侵襲したところに特徴があつた。春秋に富む青年を倒すこの病気は遂には亡国病とすら呼ばれるように至つた。³²⁾

昭和初期からの結核死亡率については、次のように述べている。

昭和に入ってわが国の結核死亡率は図 4-11 (図 1-1) にみられるように一次の低落傾向から反転して再び増大した。折しもわが国は、満州事変の拡大に伴う重工業の発展期にあつた。健民健兵政策の必要が強く叫ばれていた折から政府は結核の根本対策を樹立してその実施に着手したが、その効もなく結核死亡率は上昇を続け、昭和 10 年には明治 33 年以来常に死因別死亡率の首位を占め続けてきた肺炎・気管支炎に代わって死因順位の第 1 位を占めるに至つた。

また、諸外国の結核死亡率は低下していることが示されている。

この間も欧米諸国においては順調に結核死亡率の低落を続け、昭和 18 年の時点で

わが国の死亡率は人口 10 万対で 235.3 であったのに対し、イギリスでは 60.9、アメリカでは 42.6、フランスでは 147 であって、わが国の死亡率はこれらのうち最も高いフランスよりも 6 割も高く、イギリスの約 4 倍、アメリカの実に 5.5 倍の高さにあった。

諸外国の結核死亡率に引き続き、日本における結核死亡率の低下とその背景については、次のように分析している。

戦後わが国の結核は、抗結核薬の開発、結核対策の推進、国民の生活水準の向上などにより急激な減少をみることとなった。すなわち、結核の死亡率は 22 年には 187.2 であったが、昭和 30 年には 52.3 と 1/3 以下に減少した。イギリス、フランス、アメリカにおいては、死亡率が 200 前後から 50 前後まで低下するのに 40 年から 50 年かかっていることをみれば、昭和 22 年から昭和 30 年までの 8 年間の結核死亡率の低下の急激さがよくわかる。結核死亡率は、その後も漸次低下し、前述のように昭和 48 年には人口 10 万対で 11.1、死因順位も第 10 位にまで低下をみたのである（表 1-5, 1-6）。

この死亡率の急激な低下は主として青年層における結核死亡率の急激な低下によって達成された。図 4-12（図 1-2）に示すように死亡率のピークは青年層から高齢層に移行しており、今や結核は老人病の観を呈するに至っている。このような青年層の死亡率の改善は、徹底した結核の健康診断と予防接種という結核対策の強化によってもたらされたものであり、わが国の結核対策の輝かしい成果の跡がここに伺える³³⁾。

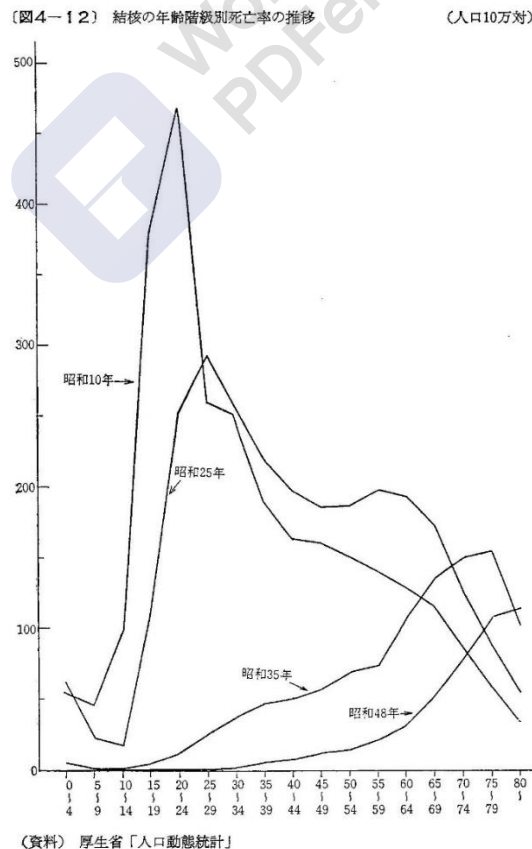


図 1-2 厚生省医務局(1975)医制百年史 付録 衛生統計からみた医制百年の歩み、ぎょうせい、東京、38.

表 1-5(左), 表 1-6(右) 厚生省医務局(1975)医制百年史 付録 衛生統計からみた医制百年の歩み, ぎょうせい, 東京, 40.

結核死亡数及び死亡率の年次
推移 (人口10万対)

年次	死亡数	死亡率 (人口10万対)
明治33 (1900)	70,872	159.7
38 (1905)	95,171	201.8
43 (1910)	112,081	224.2
大正4 (1915)	114,770	212.9
9 (1920)	123,988	223.8
14 (1925)	114,650	193.7
昭和5 (1930)	118,345	185.3
10 (1935)	130,763	190.4
15 (1940)	152,019	212.5
22 (1947)	146,241	187.2
25 (1950)	121,769	146.4
30 (1955)	46,735	52.3
35 (1960)	31,959	34.2
40 (1965)	22,366	22.8
41 (1966)	20,064	20.3
42 (1967)	17,708	17.8
43 (1968)	16,922	16.8
44 (1969)	16,392	16.1
45 (1970)	15,899	15.4
46 (1971)	13,608	13.0
47 (1972)	12,565	11.9
48 (1973)	11,965	11.1

(資料) 厚生省「人口動態統計」

結核死亡率の国際比較(人口
10万対)(昭和47年)(1972)

国名	結核死亡率
オランダ	1.5
オーストリア	11.5
カナダ	2.1
アメリカ※	2.2
イギリス(イングランド・ウェールズ)	3.0
ドイツ連邦共和国	6.7
フランス	6.9
日本	11.9
デンマーク	2.7

(注) ※ 1971年

(資料) World Health Statistics Annual
1972

結核死亡率について、表 1-7³⁴⁾より 1883 年～1954 年までの結核死亡率(10 万人当たり)の変化をみると、明治、大正、昭和の時代の流れにおける結核の蔓延状況を具体的に捉えることができる。結核が終息した背景には、不衛生な生活環境の改善の一つである都市開発の発達や医療面での公衆衛生の整備がなされたが、それとともに抗結核薬の開発が大きかったということである。

表 1-7 青木純一(2004)結核の社会史－国民病対策の組織化と

結核患者の実像を追って－, 御茶の水書房, 9.

結核死亡率の推移(1883年～1954年)

年度(年)	人数(人)	年度	人数	年度	人数
1883	73.5	1907	203.7	1931	186.2
1884	77.1	1908	206.1	1932	179.4
1885	—	1909	234.0	1933	187.9
1886	93.1	1910	230.2	1934	192.5
1887	92.0	1911	222.1	1935	190.8
1888	99.0	1912	225.8	1936	207.7
1889	104.3	1913	215.9	1937	204.8
1890	112.3	1914	217.8	1938	209.6
1891	132.1	1915	219.7	1939	216.3
1892	132.6	1916	227.7	1940	212.9
1893	137.4	1917	230.5	1941	215.3
1894	122.3	1918	257.1	1942	223.1
1895	137.0	1919	240.9	1943	235.3
1896	144.3	1920	223.7	1944	—
1897	149.2	1921	213.0	1945	—
1898	166.3	1922	218.7	1946	—
1899	172.1	1923	203.4	1947	187.2
1900	163.7	1924	194.0	1948	179.9
1901	172.7	1925	194.1	1949	168.8
1902	183.6	1926	186.3	1950	146.4
1903	186.9	1927	193.7	1951	110.3
1904	189.1	1928	191.1	1952	82.2
1905	206.0	1929	194.6	1953	66.5
1906	204.2	1930	185.6	1954	62.4

注1) 死亡率は人口十万人当たり。

注2) 1883(明治16)年～1899(明治32)年までは「肺病」死亡者である。

1900(明治33)年～1954(昭和29)年までは「全結核」死亡者である。

注3) 島尾忠男『結核と歩んで五十年』財団法人結核予防会, 2003年, 350～351頁、及び『帝国統計年鑑』より作成。

しかし、抗結核薬の導入がなされるまでは、結核患者数に比して患者収容のための療養所や病院は極めて少なく、たとえベッドが空床であっても療養所や病院は費用が必要なことから、一般の患者は容易に利用することができなかった。入院が叶わない患者の療養先は、おのずと自宅で療養するほかなかった。

自宅療養の患者向けに、『通俗結核療養指導書』が発刊されている。この書は患者や家族に向けての結核療養のための具体的な教本であり、結核に関する基礎知識や症状に対する看護法、療養方法について丁寧に教示されている。

青木純一は、実際に閲覧することのできた療養書を年代順にまとめ、178冊を紹介している。結核蔓延の状況に従ってたくさんの療養書が出まわったそうである³⁵⁾。『通俗結核療養指導書』の紹介は、1881年～1949年である。1900年以前は9冊であったが、年代を追うごとに増えており、1900年代17冊、1910年代25冊、1920年代43冊、1930年代42冊、1940年代42冊である。

5. 結核患者の心理状態への注目

心身の苦痛や社会復帰への望みを絶たれた患者はどのような心情で療養生活をし、患者は看護婦にどのような看護を求めていたのだろうか。そのほかにも、看護をする看護婦にはどのような結核看護教育が行われていたのだろうか。

結核看護の歴史を明らかにしていくためには、看護実践へ繋がる看護婦教育制度、ならびに結核看護教育内容をみていくことも必要である。また、結核看護においても個別の病状に合わせた看護が求められるのは、「結核ほど千変万化の病気はないこと、病状の進展もそうであるが、X線写真像もいろいろな変化がある」³⁶⁾という身体の臨床所見からも言えることであり、それゆえに患者の苦悩は計り知れない。

看護は、患者の病状の変化に合わせて患者が納得し、満足できる看護の提供を目指している。当然、看護婦は患者の心理面を大切にしているが、このことは患者も求めていることである。しかし、結核史において医療を施す医師が結核患者の心理面に注目し始めたのはいつ頃からであろうか。結核看護の歴史をみていく上では知っておく必要がある。

結核の化学療法は1882年、ロベルト・コッホ (Robert Koch) による結核菌の発見から半世紀以上も経て導入に至っている。その間、戦前から戦後の時代を経て、当時の政策と医療により結核撲滅対策を講じてこられたが、どのような対策も結核の惨状を改善することがなく、結核患者は死への恐怖など計り知れない苦悩を抱えていた。

これについては、1959年に発刊された国立療養所結核精神衛生協働研究班による『結核患者の精神衛生—実態と指導—』で明らかにされ、また、この中で、医師が結核患者の深刻な精神面の問題を次のように訴えている³⁷⁾。

戦後14年を経ても結核で救いようのない重症者はなお少なくありませんし、その他の患者の間にも深刻な精神的苦悩に苦しんでいる人の多いことを私たちはよく知っています。化学療法と外科療法という2つの精鋭な武器をふりかざして結核予防法の治療方針にしたがい、群がる患者をつぎつぎと片づけて行くのは勇ましくも能率的なことのように見えますが、正直なところ、私達はその間に何か大切なものを見落とし、ほんとうに必要なものを与えていないのではないかという深い反省にしばしば陥らざるを得ないのである。

その対応について見過ごされている理由は、「私たちにはそれをどのように理解し、どこから解決の手をつけるべきかという糸口が与えられていないからだと思います」「何となくおっくうで近づきにくい」「誰かちょっと手をかしてくれる人がないからしらんというのがいつわらない心境のようです」³⁸⁾としている。

医師は結核患者の精神面の問題を認めながらも患者個々に起きている精神状態に目を向けてこなかったということである。事実、調査のいきさつに「結核患者の精神状態についてはすでに前から臨床医によって関心をもたれており、とくに結核療養所では結核患者の療養指導という立場からこの問題が重要視されていた」ことが述べてある。

この研究班が結成されるに至ったきっかけは、戦後8年の1953年10月の第8回国立病院療養所総合医学会において国立東京療養所長砂原によって、「結核患者の精神状態」と題するシンポジウムが行われ、その際に結核心理について考察してきた国立結核療養所関係の医家の間に、なんらかの方法によって結核心理の研究をさらに推進したいという話し合いがなされたことである。

その後、1956年5月に全国立結核療養所180施設のうち約125療養所が結核心理の研究に対して、強い関心をもっていることが把握され、同年6月に国内全域にわたる協同研究参加の国立結核療養所で一斉に、「第1回心理調査」が行われた。

同年10月には参加施設の本調査の研究担当医の代表約100名が会合し、その時の協議によって、研究をさらに展開する方針が採られ、「国立療養所結核精神衛生協働研究班」が結成された。班長に砂原国立東京療養所長が推薦され、全国的な指導をされることが決定されたのである。

公表されたデータは、全国の国立結核療養所を基盤としており、当時の結核患者の心理状態を把握できた貴重な資料である³⁹⁾。また、結核患者を治療する医師だけでなく医療ケースワーカー、看護婦、保健婦の参考書としての活用も期待した書籍である。

結核患者の治療にあたった医師も患者の表情から読み取れる不満や心理状態の理解に苦しんでいたのである。本書の最終編「結核精神衛生の実施に関する理念のまとめ」⁴⁰⁾には、患者の精神的ケアは「もともと結核医療従事者の本来の業務の中に含まれているものである」という認識を充分にもっておくこと、「結核患者の人格像の全貌をとらえよう」という考えかたをもつこと、「結核臨床医・看護婦・ケースワーカー・結核患者の家族とが、たがいこの精神衛生の実施のための連絡をよくすること」、医療者の態度は、「間接的に結核患者の療養意欲をたかめるという心理療法的作用をもっている」、精神衛生の問題の目標は、「病人としての生活観における自主性をとりもどすこと」、指導治療においては、「結核患者とのよい人間関係が基盤である」ことを認識しておくことなどが挙げられている。「むすび」には、結核患者の心理をふまえてみていくこと、患者が「ふたたび健康な人間として生きるよろこびを結核患者がもちうるように、われわれが努力していく」ということは医療の道の新しい展開であると述べている。

結核患者を治療する立場にある医師は、1960年頃になってようやく結核患者がどのような心理状態に置かれているかについて理解されるようになり、身体面だけでなく心理面も含めた医療の重要性が注目されるようになりだしたことが分かる。

以上から、結核治療を行っていた医師が患者の心理状態の理解に苦悩していたことは読み取れるが、結核患者の近くで看護した看護婦もまた、結核によって人生が大きく変わる

ことを余儀なくされた患者の人生や命と向き合い心身の苦悩を伴ったに違いない。患者の療養生活は長期療養を要したため、将来の見通しが立たない患者の生活を支えることは、患者とともに看護婦も苦悩したのではないだろうか。

おそらく、そうであったからこそ、医師が書いた先の論文よりも約 10 年前の 1947 年には『看護学雑誌』に「結核患者心理状態」⁴¹⁾のことについて書かれていたと考えられる。

看護婦は結核患者の日常生活援助を行う中で、患者の心の看護の重要性に気づいていたと推察する。この雑誌は、当時、看護教育のテキストがなかったことから、看護の手でいち早く作成できる書として雑誌の形で発刊されたものである。終戦後の物資が乏しい中において、結核患者の心理についてテーマに取り上げ発信していたことから、結核看護を担っていく上で患者の心理面を看護界で共有しておくべきこととして書かれたに違いない。

したがって看護婦は、医師よりもおそらく早い時期に、結核患者の心のありようを理解した医療と看護が重要であることを捉えていたのである。

論文では、療養所内の患者 305 名と外気療養中の患者 25 名を対象に調査した結果をまとめてある。調査内容は、趣味、愛読書、宗教、悩み、希望、夢、時局化の感想、気分、看護婦に対して特にどんなことを希望しますか、の 10 項目である。患者の精神に非常に強く影響を与えているものは自分の病気であり、患者の精神は病気に集中していること、また、重症者は軽症者に比べて自己中心的あるいは病気中心的な考えがより強く、理知的でなく感情的であり、具体的でなく芸術的及び宗教的であったとまとめている。一番問題となる経済上の悩みは、現在全く困り切っているというのではなく、無いと困るという気持ちがいとも強く働いている不安状態を示している結果であると考察してある。設問内容の結果について、趣味は、身体を使わず静かに楽しめるものとして読書が最も多く、愛読書では、文学、歴史、小説が多く、本を読んで向上しようというのではなく、慰めや漫然と時間を費やしたり芸術的な感情を満足させるためであった。信じている、または希望しているが最も多く、多いものは仏教、キリスト教の順であったとしている。

悩みの主なものは衣食住で、病気、金銭、食物、家庭上、一身上の順としてあった。衣食住でも特に食の悩み、経済的な悩みは、日本の困窮した状態が深刻に患者に影響していることが分かるとしていた。

夢は半数以上が度々見ており、毎晩見るも 1/3 以上であった。希望は、病気が治癒することが最も多とあった。ラジオで興味を引くものは、愛読書の調査と同様に慰安的なもの芸術的なものを望む傾向が著明で、軽音楽、演芸が多く、公演等の理知的なものはあまり望んでいなかったと書かれている。

看護婦への希望は 58 人への調査であった。半数の回答があり、分類が困難としながら親切にしてもらいたいというもの(15)、責任を持ってもらいたいもの(11)、向上を希望するもの(4)、技術及び衛生知識の向上を希望するもの(3)、もっとほがらかでありたいもの(2)、看護婦に感謝しているもの(2)等としていた。著者は感謝の念が余り表れていないことを指摘していた。気分は、58 人の調査で、気分がよい(23)、悪い(12)、普通(10)であり、深刻な悩みを心の内に持っていながら現実の生活そのものは案外朗らかである人が相当に多く矛盾していると評価していた。

また、病気に対する悩みは深く、何らかによって解消しようとする考えが宗教や趣味を

増すとある。重症者と軽症者の相違については、愛読書、宗教は大差がなく、悩みは重症者の方が病気、衣食住、金銭、看護に対する悩みの種類も多い。

看護婦では、重症者は看護婦に対して親切に確実に仕事をしてもらいたいという気持ちが強く、軽症者は看護婦の地位を向上することに関する意見が多かったことが報告されている。

結核患者を間近で看護してきた看護婦自身が結核療養する立場になると、医療者だからといって平然として療養生活を送っていたわけではない。

結核によって結核療養所へ入院した看護婦が論じた「看護婦の一結核患者より」⁴²⁾という論文がある。これは、著者が突然病臥して約9か月が経った頃、よい看護へ活かされることを期待して自身が感じたありのままを綴った論文である。

まず、結核患者の看護婦に対する心理について書かれてあり、患者が看護婦に対して1番求めていることは看護技術が優れていることは勿論のことであるが、親切な人か、自分にとってよき理解者であるかということである。

結核患者の共通性としては温かい愛情を求めている。患者は想像以上の鋭い神経を使っており、自分以外の患者に接する看護婦の態度の相違や看護婦の表情、動作を驚くほど観察している。療養期間が長いため、看護婦に対しても病気以外の娯乐的、社会的なことに関する簡単な話題の交換などを求めている。

次に、患者自身を中心としての心理について説明している。患者は青壮年層が大部分を占めているので、自分の将来に対して真剣な関心を持ち、希望を胸に抱きつつ、多くは逆境と闘いながらじっと耐えてベッドの人となっているとある。また、狭い部屋に閉じこもっているためか、些細なことにもひがみ易く、個人主義的、理想主義的に陥ってしまう。悟りを開いた様な落ち着いた境地と、その反面、自棄の思想との両極端がいつも交差している。

患者が神経質であることについて、重症患者は別として常に違和を感じる程度の自覚症状に悩みつつ、見えざる内なるものとの格闘は一寸のことにも神経をいらいらさせること、結核菌が神経の中まで入ったのかと思う位、喜怒哀楽に対して感情的になると表現している。患者は更生の日を信じつつ、いつも新しい時を待っていることを記してあった。

最後に、結核患者の看護婦としての感想として綴られていた。

最も苦しむのは精神の安定であり、猜疑、嫉妬、妄想、不平、不満を少しでも少なくできることが患者にとっての幸せと述べている。病床6尺では現実から離れて理想主義になりやすく寂しい気がするとのことである。よい看護をするためには、看護婦自身が仕事に興味とよろこびを感じることで、患者に対する最良の看護ができる根本問題であると書いてある。

また、看護婦の唯一の資本は、真心と健康、技術の洗練はもちろんであるが、公平で行き届いた看護と、健全な心身は患者の心身を慰め温めてくれるとともに回復への唯一の良薬であると述べている。

その他にも、結核患者は自分の病気について専門的なことまで研究しているので、看護婦はその質問に対しても適切な返答ができるように常に準備しておくことが必要であり、随所に理知のひらめきを見せつつ親しまれ、信頼され、自然に患者を引きつけることも大事とある。また、看護学以外の文学、音楽などの常識を豊かにして、常に新鮮で健全な話

題を持つということも自分自身の向上と、患者を少しでも慰めるために大切なことだと思うと述べている。

さらに、看護を行うためには患者の性格を知ることが肝要とある。神経質か、浪漫的か、わがままかなどの性格をよく観察して、相手の感情の流れに従って看護の目的を達するよう努めなければならないと指摘している。夜間の看護婦の巡回は、不眠と淋しさに悩んでいる患者にとって限らない力強さを感じさせることも示してある。そして、看護婦が言葉遣いに注意すること、これはプライドを保つ上に大切な要素だと思つづく思つたとのことである。言葉には自然にその人の教養がにじみ出ると同時に、患者の看護婦に対する態度も違ってくる。また、監督下になくても、常に自主性をもっていなければならないことを指摘しつつ、元気で看護婦をしていた当時には全くできていなかったことを後悔している。

6. 文学にみる結核患者の心理—著名な文学からの紹介

以上、結核患者の心理状態に注目してみたが、個人に焦点を当てた資料の1つとしては、結核に罹った著名人について述べているものがある。

ここで文学を取り上げるのは、当時の結核患者の療養生活や身体的・心理的状态の事実を証明する手がかりとなるからである。

結核療養中の患者は非常に苦悩したと推測するが、結核という疾患には「結核のロマン化」という言葉があり、ロマン化された理由について、いくつか挙げられている。結核は身分や能力、年齢、性を問わず、だれでもいつ結核になるかわからないほど蔓延しており、中でも10代、20代の希望に燃える男女が突然になる病気であること。1~2年で自分の一生が終わる可能性が高いという現実と直面し、不幸であることを嫌でも認めざるを得ないという悲劇である。

結核は、進展、停止、改善、悪化を繰り返し、忘れたように安定した日々と、咯血におののく日々が続く慢性の病気であり、症状に応じて一日ごとに希望をもったり、不安、絶望に沈んだりする日々を送ることになる。結核性髄膜炎を除けば、脳は少しも侵されず、ひたすら栄養をとることを勧められ、安静を強いられ、ただベッドの上で無為に過ごし、午後になって軽度の発熱を見れば、感情は昂ぶり、知覚は鋭くなり、頭の回転は速くなって精神はむしろ高揚する。これらに加えて、結核は伝染病であるため、家族や愛する人との面会の時間も制限されることにより、現実から逃避し、夢や空想の世界にあこがれることもあるとのことである。

若くして結核のために世を去った作家、画家などは少なくないとされ、下記のごとく著名な10人が紹介されている⁴³⁾。

斎藤緑雨(1868-1904 37歳)、正岡子規(1867-1902 35歳)、高山樗牛(1871-1902 31歳)、国木田独步(1871-1908 37歳)、樋口一葉(1872-1896 24歳)、長塚節(1879-1915 36歳)、青木繁(1882-1911 29歳)、石川啄木(1886-1912 26歳)、キーツ(John Keats イギリスのロマン主義の詩人 1795-1821 25歳)、ショパン(Fryderyk Franciszek Chopin 1810-1849 39歳)

また、明治時代の結核を語るときに代表される悲恋小説に、徳富蘆花の『不如帰』⁴⁴⁾の作品がある。この小説は、1898年11月29日から1899年5月24日にかけて國民新聞(現在の東京新聞の前身の一つ)に掲載され、のちにベストセラーとなった作品である。

また、この小説を元にした作品は、1909年から1958年まで、19本の映画が上映されており、国民の関心が高かったことは明らかである。

あらすじは、主人公の浪子は温かい家庭に恵まれずに育ったが、海軍少尉との幸福な結婚生活を送ることができた。しかし、日清戦争へ出陣してしまい、その間に浪子が結核にかかり離婚を強いられ、夫をしいつつ死んでいく悲話である。浪子の「ああ、人間はなぜ死ぬのでしょうか！ 生きたいわ！ 千年も万年も生きたいわ！」という台詞が、日本近代文学を代表する名台詞とされている。

結核で逝く天才的な作家があまりにも多かったため、作家のなかには、結核になれば才能豊かになり、感性が鋭くなると考え、結核になりたいと考えた田中英光（1913-1949）のような作家の存在もあった。

しかし、実際に結核患者の療養生活はロマンチックというにはほど遠く、悲劇的であり、絶望的であった。結核の疑いといわれれば日常の生活から突然切り離され、結核であるか疑い、不安と動揺に苦しめられ、咯血を見れば結核を認めざるを得ず、苦悩や悲嘆は大きなものであった。これらは1954年以後に結核患者を診てきた医師の記述である。消灯時間になると、家族を思い、健康だった時の毎日を思い出して涙ぐむ患者を診てきている。患者は退院したあとの社会復帰、再発に不安をもちながらも、一日も早く退院できることを願ってひたすら安静に励む毎日であると記されている^{45) 46)}。

結核が人々の心に多くの影響を与える理由について2つ挙げられている。

第一は膨大な患者数である。しかし、すべての患者を病院や療養所に収容することは不可能であることから、一般社会のなかで生活し、結核患者は比較的身近な存在であること、第二は療養期間の長さが挙げられている。

結核は慢性伝染病であり、患者によっては3年、5年と長い間療養する。熱や咳がなければ本を読み、散歩をし、軽い作業も可能である。療養生活を送る患者は、ほかの病気とくらべると圧倒的に生活者としての一面を保つという特徴がある⁴⁷⁾。長い療養生活における患者は、病状が落ち着いたかと思えば発熱が見られるなど、自身に現れる症状に心情が揺れ動き、回復後の将来の夢や希望を持つものの、見通しがつかず苦悩する。

このような患者の状況から看護婦に当然のこととして求められることは、患者とのコミュニケーションを十分にとり、1人ひとりの結核患者に寄り添う看護がより一層求められる。

結核と文学を結びつけて取り上げられる代表作は『不如帰』ほか、堀辰雄の『風立ちぬ』がある⁴⁸⁾。

この小説は1938年の34歳の時に刊行され、結核そのものを描写している作品であり、不治の病であった頃の結核のことが具体的に描かれている。主人公の辰雄は婚約者の結核悪化によって信州富士見のサナトリウムにともに入院して付き添い、その死を看取ることになる。当時は咳が続く、微熱が出る、咯血があればすべてを結核としたようである。肺結核や肋膜炎、肺病という病名は記述されていない。このことから、結核は国民病とされていたことが分かる。

抗結核薬のなかった当時は、患者が少し唸れ声になり、ほてったような顔、ときおり出す熱、食欲を失い、痩せが目立ち、熱のせいで頬は薔薇色を帯び出し、激しい咳の発作、少し血痰を出すなどの症状が続くと、絶対安静の日が続いた。看護婦も足を爪立てて歩い

たという現在の看護では考えられない状況が描かれている。堀辰雄はサナトリウムで婚約者を看取った後、再婚するが、1953年に49歳で結核性胸膜炎のため他界している。

結核入院患者の日常を描いた作品では、幸田文『闘』がある⁴⁹⁾。

1960年頃の結核療養所の患者と生活、患者の心理、患者を治療する医師や生活を支える看護婦の姿を真正面から取り上げた小説である。著者は、結核予防会結核研究所付属病院に何度か訪問し取材している。

主人公は、闘病歴10年で病棟の主といわれる38歳の別路省吾である。ひどく利己的で冷淡であり、常に冷静であろうとつとめているが、病気へはあくまで闘志をみせていて、どんなに熱が出たり苦しく喘いだりする時も、決して泣き崩れたり泣くことはない。しかし、この患者の最期は不測の出来事による状況であった。患者が死に至った経過を医療者が推測したことを描いている。夜間に胸苦しきで目を覚まし、枕のすぐ上に手を伸ばして酸素ポンベの放出栓を大きく開けようとしたが、何かの弾みで酸素のフラスコに連結した管をひっかけ、フラスコは落ちて割れ、管は外れ、酸素のマスクへの流入が止まり、ショックで咽喉に貯留した痰も喀出できなかつたとある。あつけない死で、「生きよう生きようと戦って生き、生きも死ぬも思いもうけぬひまに彼岸へ去った別路省吾、病んで病み遂げた姿である。」⁵⁰⁾と、長期療養者の闘病生活の最期を描いている。

あとがきに「病むということが、人の世に避けがたいことなら、誰かがそのみとりをすることになるのも、また避けられないことです。私も若いときから何度も、家族の重い病気をみとりましたが、治って元気になってもらったのは一人だけ、不幸なことにあとはみな見送りました。そのたびに苦い思いをしました。」とある。病名は書かれていないが、主人公の闘病生活に著者自身が病人を看取った経験を重ねた部分もあつたであろうと推測する。

小説に描かれた当時の1960年代の結核入院は、6か月や1年は通常であった。このために入院費はかさみ、家族の生活はさらに苦しめられていた。1961年になり、感染症患者の入院費の8割を国庫で負担することとなった時代である。

結核で入院した患者の生活において、現在の看護は困っていないかということとそんなことはない。東京病院の結核病棟における様々な問題が挙げられている⁵¹⁾。「結核病棟での苦悩」と題した記述に、「1番困るのは、入院生活における規則を守れないことで、その第1は行動規則を守れないことである」「2つ目は喫煙である」「喫煙の有無がわかる検査はないものか」という規則に沿えない患者に振り回される看護師の心境を挙げている。「3つ目は飲酒である」「患者もあの手この手で戦いを挑んでくる。結核病棟の職員は刑事並みの勘と推察力が必要だどつくづく感じている」「4つ目は素行不良の患者である」その他に、高齢患者について「結核がよくなっても帰宅できる状態ではなく、退院先を決めるのに苦勞することも多い。「退院」という言葉を出すと面会に来なくなる患者家族も多く、結核はよくなっても喜んでもらえないという状況がある。」などと、結核の撲滅をひたすら願いながら看護の苦悩が尽きないことを紹介している。

化学療法の導入が結核患者数を激減した要因であるとともに、人々の生活が豊かになったことも患者数に影響している。しかし、結核看護の苦悩はそれぞれの時代において存在している。

7. 看護学書の歴史

結核看護の歴史を明らかにしていくための史料について、看護に関わる初期の看護書や看護関係の雑誌、また、看護史書について確認しておきたい。

1) 明治初期～明治中期までの看護学書

明治初期の看護学書では 1869 年から紹介され、ほとんどが医師による執筆である(表 1-8)。内容は解剖整理、救急処置や消毒法、感染症による症状の処置、また戦時の負傷兵の処置など、当時の社会において求められていたことが記されている。

看護学書において肺結核が初めて見られたのは、1900 年発刊の関 藤治郎訳『普通臨床看病法』である。ここには、コッホの結核菌の発見、結核牛の乳と肉の摂取により感染すること、また、肺結核以外の全身の臓器に感染することが明記されている。項目は第一～第五十一まで設けてあり、資料 1-4 のように入院患者を対象とした内容である。

第一には「看護婦の責務」について説明しており、病室環境に関することや伝染病を有する病者への予防、看護に従事する人は健康で忍耐力があり、「普通の脳智」を備えていることなどが必要と説明している。

結核に関する法規則は、1900 年 4 月 7 日「牛乳営業取締規則」(内務省令第 15 号)、1901 年 4 月 12 日「畜牛結核予防法」(法律第 35 号)のように、1900 年に入ってから出されているので、当時の医療をみていくための資料としては有用である。



資料 1-4 『普通臨床看病法』関 藤治郎訳 (目次の前頁)

表 1-8 明治初期から中期(1869-1900年)までの看護学書

出版年	書名	著/訳/編者	備考
1869	民間救急療法	広瀬 元周	救急医療の医学書。外科的医療を主とした書。標目には、刀傷(割傷・刺傷)、打傷、溺死、凍死などの処置について説明がある。時習堂 ⁵²⁾ 。
1875	看病心得草	岡田 宗 訳	明治最初の翻訳看護書。緒方洪庵の適塾門下生で江戸の医学所で学んだ田代基徳の資料から、日本で最初の医学雑誌『文園雑誌』第5冊(明治7年)の付録として掲載された。内容から原著はアメリカの医師 Calvin Cutter の“A Treatise on Anatomy, Physiology, and Hygiene (1852)”の最後の第49章“Direction for Nurses”であることが確認されている ⁵³⁾ 。
1877	看護心得	太田 雄寧 訳	原著は R. E. グリフィス著『一般処方集』第3版で、序論の一部が翻訳されていることが解明されている。翻訳書には看病人は医師と協力関係にあると、原著にはない独自の見解が示されている。また翻訳は逐語訳ではなく、実践的な観点に基づいた内容の取捨選択と補足がなされている。太田は日本における系統的な看護教育が開始される以前に、看護領域が医療の遂行において重要な一分野であることを認識し、看護教育の必要性を提唱した ⁵⁴⁾ 。その一方、極めて簡略で教科書とは言い難いと分析されている ⁵⁵⁾ 。
1875	陸軍病院扶卒須知	般(ファン)嘯越兒(ジュイール)他 堀内 利国 他 訳	日本にとって最も先駆的な看護教科書と考えられている。オランダの軍医の書。堀内は大阪鎮台病院の軍医。陸軍省が刊行し配布 ⁵⁶⁾ 。陸軍文庫。
1879	看病要法	ウィリアム＝アンデルソン	海軍の看護教科書。扶卒須知と内容が極めて類似。英国のセント・トマス病院に勤務していた医師で海軍に招かれたものであることから、近代看護についてかなりの知識をもった技術者であると考えられている ⁵⁷⁾ 。
1881	看病心得	小嶋 元三郎	換気、更衣、食事、などの日常生活の看護について説明している。著者に兵庫縣平民と記載されていることから医師でない ⁵⁸⁾ 。
1886	看病之心得	笹川 純一	第1章から第12章と附録から構成され、病室の位置、温度、換気、清潔法などの日常生活の看護について説明している。著者は岡山県士族とあり、旧武士階級で記されている ⁵⁹⁾ 。
1887	普通救急法	芳賀 栄次郎 訳	医師。救急処置全般についてまとめられた書。明治～昭和期の陸軍軍医総監 ⁶⁰⁾ 。
1889	篤志看護婦人会教程	足立 寛 編	解剖生理、看護法、治療介輔、繃帯法、清潔法などの処置などについて説明がある。伝染病処置には結核の記載はない。幕末から明治にかけての医師、医学者、日本陸軍軍医、陸軍軍医学校校長。最終階級は陸軍軍医総監 ⁶¹⁾ 。
1889	看病学	安藤 義松	看病学として見出しを付し、全75章と附録で構成。日常生活の看護全般と疾病看護についてまとめられた書。第56章に伝染病看護法があるが、結核の記載はない ⁶²⁾ 。
1889	看護婦美談	久野 正香 訳	英マルガレット・ルースデール夫人、米国聖教書類会社 ⁶³⁾ 。
1893	通俗救急処置	足立 寛	日本赤十字救急法の起源と考えられている。本書は日清・日露戦争の影響を受け1904年までに第7版を発行。表紙に日本赤十字社篤志看護婦人会講師のと記載あり。衛生法大意と救急法の構成 ⁶⁴⁾ 。
1894	赤十字社看護婦教程	日赤本社 編	赤十字における独自の教科書
1895	普通看病学	佐伯 理一郎	日本の産婦人科医師。京都看病婦学校および京都産婆学校の校長。ビルロート著。第9章まであり、第6章に伝染病の看護法、豫防法、消毒法について説明があるが、結核の記載はない。腸チフスの内容がほとんどを占める。附録として解剖生理学が記載されている ⁶⁵⁾ 。

1895	戦時平時救急看護法	佐伯 理一郎	リューレマン著。第1章救急看護法、第2章患者運搬夫の務と分けてある。感染症に関する項目の記載はない ⁶⁶⁾ 。
1900	普通臨床看病法	関 藤治郎 訳	本書には「肺結核」の説明がある。全51項目のうち、第38 伝染病及其取扱方法、第39 伝染病消毒法、第40 伝染病看護婦の注意、第41 熱性諸病看護法に肺結核が最初に挙げられている。肺結核の説明は約1頁を使用しており、コッホの結核菌発見、結核牛の乳と肉を食べると感染することの注意、結核は肺以外の臓器にも感染すること、患者の痰壺は20倍の咳炭酸水などを入れて蓋をすることなどの注意がある ⁶⁷⁾ 。

(『系統看護学講座 別巻 看護史』(2009) 7版, 医学書院, 139. を参考にして表作成し、備考はネット検索による。)

2) 初期の看護婦による看護学書および看護雑誌の歴史

①初期の看護婦による看護学書

1895年『赤痢虎列刺病看護法』は、看護婦が書いた最初の看護学書である。赤痢やコレラなどの人命にかかわる急性感染症の流行により、症状に対する看護に限らず、感染予防の視点で記され、看護婦講習会での活用を目的とした教科書として作成されている。

これらは、以降の結核看護の歴史で参考にしていくこととする。

表 1-9 初期の看護婦による看護学書

出版年	書名	著/訳者	備考
1895	赤痢虎列刺病看護法	田中 定	看護婦が書いた最初の看護学書。滋賀県伝染病看護婦講習会のテキストとして作成。京都看護婦学校7回生。
1891	看病の心得	平野 藤	一般家庭向けの書。看護法の概要を述べ、家庭の衛生・育児などについても書いている。東京慈恵医院看護婦教育所卒業。
1908	実地看護法	大関 和	看護法を平易に説いてあり、看護婦の心得など詳細に述べている。大正期まで版を重ね広く用いられた。
1896	実用看護法	成瀬 四寿 訳	京都看病婦学校の教師であったフレーザーの著書を翻訳したもの。当時アメリカで最もよく用いられていたウィークスClara Weeks, ハンプトンの両著者から抄出し、日本人向きに編集したもの。

(『系統看護学講座 別巻 看護史』(2009) 7版, 医学書院, 139-140. を参考にして表作成し、備考は本文を参考に作成した。)

②看護雑誌の歴史

看護婦が執筆した看護学書のほかにも、もう少し気軽にまとめてある雑誌についての発刊の有無を確認してみた。

その結果、日本で看護学雑誌の創刊と思われている雑誌は、1906年「看護婦」とされている。1931年には、保良せきにより大阪看護婦協会発行として同じ雑誌名の「看護婦」が発刊され、1941年まで継続されている。戦後は、1946年に「看護学雑誌」が創刊されている。また、1949年には、日本助産婦看護婦保健婦協会が機関紙として「看護」を創刊している。その後1955年に「看護技術」、1960年「看護教育」が発刊され、看護職者では周知の通り、現在も引き続き看護実践に活かされている。

表 1-10 看護雑誌の歴史

出版年	書名	備考
1906	看護婦	大日本看護婦協会（東京）より、日本で最初の看護関係雑誌として発刊。
1931	看護婦	保良せきにより、大阪看護婦協会発行として発刊。1941年まで10年間続いた。
1946	看護学雑誌	日本医学雑誌株式会社（医学書院の前身）による創刊。
1949	看護	日本助産婦看護婦保健婦協会（現、日本看護協会）が機関誌として創刊。
1955	看護技術	メヂカルフレンド社
1960	看護教育	医学書院

（『系統看護学講座 別巻 看護史』（2009）7版，医学書院，142. を参考にして表作成した．備考は本文を参考に作成．）

3) 初期の看護史書

1900年以降には看護雑誌の発刊が6冊みられたが、看護の歴史書については発刊されていたのだろうか。この点について確認してみたところ、日本では第二次世界大戦後まで、看護史の研究はほとんど行われていなかった。

初期のものとされているのは、1932年に日本赤十字社から発刊された『世界看護史』である。しかし、これは邦訳されたものである。

日本人による看護史書として最初に出されたのは、第二次世界大戦前の1936年に日本赤十字社から発刊された『看護歴史』と考えられている。しかし、これは前述の書を参考にして日本の明治以降の看護史を簡潔にまとめたものである。

終戦後は1948年からの保健婦助産婦看護婦法の施行に伴う看護教育課程において、看護史が教科として組み入れられた。1947年には厚生省医務局内幹部看護婦養成所から国立病院および国立療養所附属看護婦養成所用とした「看護の手引」が発刊され、第1章に「看護の歴史」が置かれている。

1950年には、看護学の教科書として、『看護史』『日本看護史』『西洋看護史』が発刊された。これらは本格的な看護史書の出現とされている。なかでも看護婦自身が執筆した看護史書として注目されているのは井上なつゑの『看護史』である。教科書として広く流布したのは、石原明『看護史』である。また、看護史の教科書として広く活用されている書は、平野みどり、木塚年子、雪永政枝、古谷かのえ、木下安子などである。

以上、初期の看護史書をみたが、これらは看護史の歴史をみていくためには有効な資料となるが、結核看護の歴史を明らかにするための資料として活用していくには十分でない。

表 1-11 初期の看護史書

出版年	書名	著/訳/編者	備考
1932	世界看護史	日本赤十字社	初期のものであろうとされている。ドックLavinia L. Dockらの“The Short History of Nursing”の邦訳。
1936	看護歴史	日本赤十字社	日本人による看護史書として最初の書。1932年『世界看護史』を参考とし、日本の明治以降の看護史を簡単にまとめたもの。この書は日本赤十字社の救護看護婦に向けた教科書として編纂された。
1947	看護の歴史	厚生省医務局内 幹部看護婦養成所	国立病院・国立療養所附属看護婦養成所用として作成。3章で構成されたうちの1章に「看護の歴史」があてられた。「看護の手引」所収。
1950	看護史	井上 なつゑ	看護婦自身による看護史書。看護学の教科書として書かれた。本格的な看護史書の出現との評価。(学術書院発行「最新簡明看護学」所収)
1950	日本看護史	中里 龍瑛	本格的な看護史書の出現との評価。(ともに文光堂発行「看護学」所収)
1950	西洋看護史	秋本 寿恵夫	
1952	看護史	石原 明	教科書として広く流布。医学書院
1957	看護原理及び実際. 看護史. 看護倫理	滝沢 春枝 木塚 年子 平野 みどり	看護史の教科書。橋本寛敏・平野みどり監、医学書院
1960	看護史年表	雪永 政枝	医学書院
1965	看護史		看護史における著名人の紹介など諸冊の発刊がある。メヂカルフレンド社
1974	看護史のらびと 第1集		
1974	看護史のらびと 第2集		
1979	看護史のらびと 第3集		
1969	近代日本看護史	木下 安子	看護史として著名な書。メヂカルフレンド社
1974	看護史. 看護倫理. 個人衛生	野口 美知子 古屋 かのえ 平山 朝子	看護学入門 別巻 (第7版) メヂカルフレンド社

(『系統看護学講座 別巻 看護史』(2009)7版, 医学書院, 141. を参考にして表作成した. 備考は本文を参考に作成.)

8. 結核の医学史にみる看護婦の活動

結核の医学史において、看護婦が行った看護について取り上げられているのだろうか。

結核の医学史においては、青木純一『結核の社会史—国民病対策の組織化と結核患者の実像を追って—』(2004)がある。著者は医療史、教育史を専門としている。本書が対象とした年代は、結核が蔓延し結核対策が叫ばれるようになる19世紀末から、抗結核剤が発見され結核が治る病気になる1940年代までである。結核に関する法や制度、政治、運動、教育、生活などを通して、結核撲滅運動、結核予防法、都市の結核問題、療養生活を患者目線から明らかにしている。

青木正和『結核の歴史』(2003)は、結核の起源に始まり、江戸時代、明治時代などを経て今日に至るまでの各時代における疫学や治療方法などをまとめた結核史である。また、わが国の結核の将来も展望した書である。著者は医師であり、(財)結核予防会結核研究所名誉所長である。その他にも『医師・看護職のための結核病学 結核対策史』(2004)、『医師・看護職のための結核病学 結核を病んだ人たち—その生と死—』(2004)があり、いずれも医学者の立場から結核の政策、医療、結核患者と療養の経過などについて具体的に述べてあり、看護職が結核の歴史を学ぶ際の貴重な文献である。

川上武編著『現代日本病人史—病人処遇の変遷—』(1982)は、戦前の病人の状態を明らかにしたもので、「病人史の構造」、「現代病人史の時期区分」についても述べている。そして、一つ一つの疾病の病人を問題にしているのではなく、各々の時代に重大な社会問題となっていた疾病を病人の側からみていったものである。したがって、少ない疾病をみ

ないというのではなく、社会性の強い疾病を対象としている。ゆえに、国民病・社会病といわれた結核が、第5章として「女工→農民→兵士の結核」として記述されている。

また、川上武がその後に編著者として発刊した『戦後日本病人史』（2002）は、被爆者、ハンセン病、公害病、遺伝子操作など、激動の20世紀後半を患者の立場から総括している。結核の内容は、戦前から戦後の病人の生活や、結核実態調査、結核の患者運動、人間裁判と言われた朝日訴訟、戦後の結核治療、社会復帰できない結核患者、結核の後遺症に悩む病人などについて事実を明らかにしている。

これらの書は、日本の歴史における結核病の捉え方、結核に罹患した人々の生活、社会情勢と結核の蔓延状況、患者の死亡統計、結核政策、医療、患者運動などについて記述された結核史の大作であり、後世に活かされる貴重な書である。特に、川上武『現代日本病人史』は戦前の結核史から戦後にかけての結核の歴史書として影響を与えた書である。また、青木純一『結核の社会史』は、医療者目線よりも結核の当事者の立場からまとめられた結核史としての画期的な書である。

しかし、これらの書には患者を治療する医師と患者の病状や療養生活に関しての状況は述べられているが、医師と患者をつないでいる看護婦の存在については触れられていない。患者と日々接している看護婦の記述は含まれていないのである。そうであれば、結核史における看護史は軽視されていると言っても過言ではない。実際に患者に対応し生活を支援してきたのは看護婦である。結核患者の心理的苦悩や呼吸困難、喀血などの症状に日々対応してきた看護の実践の歴史が上記の結核史に見られないことは、結核史としての内容を欠いていることになるのではないだろうか。医師と患者をつなぐ看護婦が患者の療養生活をどのように支えてきたかという看護婦の活動の歴史が記されていないことは、結核史としての内容を十分満たしているとは言えない。

その他、医学史研究の福田真人は『結核の文化史』（1995）について史資料から描いているが、看護婦の実践は残されていない。日本人の病気観や歴史における日本人の病気については、中島陽一郎『病気日本史』（1988）がある。岡西順二郎『人類と結核』（1973）では、結核の起源から戦後の結核治療の歴史を追跡しているものである。いずれも、結核対策と医療に看護婦の活動は、ほとんど記されていないと言っても過言ではない。

なぜ結核の医学史に結核患者を看護してきた看護婦の存在が抜けているのだろうか。その要因の一つには、当時の医療は父権的であったことから医師を対象とした分析に主眼が置かれ、看護婦は医師の指示命令の下で働くツールとしての扱いに過ぎなかったということも考えられる。

このこと以外にも「看護婦と患者」の関係性からみると、看護婦は医師の指示に従って行動するので、患者からみれば看護婦であっても権力者という存在でもある。もっと言うならば、患者の立場からみると、医師の言いなりに従って行動する看護婦は、患者の思いに添ってこない敵対者と捉えられても仕方のない存在になりうることもあったであろう。

その一方で、看護婦は労働者でもある。医療は医師中心で行われ、看護婦は医師の思い通りに行動するツールとしての存在でしかなかったとすれば、また、看護婦自身がこのように思っていたならば、看護への理想や熱意を持って仕事をするには至らないであろう。

このような状況であったとすれば、看護婦は医学史において扱いにくい存在であったの

ではないだろうか。「医師と患者」の関係性では、医師にとって患者は治療の成果の程度やデータ収集として欠かせないものであるから、患者に関わることは描かれやすい。しかし、治療成果には必ずと言っていいほど看護婦の介入が存在したはずであるが、患者データとともに、看護の実践について記述し分析することは容易でなかったと推察する。そうであっても、医学史に国民病といわれた疾病の看護がほとんど残されていないことは医学史としても歴史のすべてを語った資料としては不完全であると言っても過言ではない。

したがって、今後、国民病とまで言われた結核の看護が看護婦によってどのように行われてきたのか、改めて結核看護の歴史を明らかにすることの必要性が問われるのではないだろうか。

9. 結核看護史研究の現在

看護史の貴重な文献としては、亀山美知子『近代日本看護史Ⅰ日本赤十字社と看護婦』（1983）、『同Ⅱ戦争と看護』（1985）、『同Ⅲ宗教と看護』（1984）、『同Ⅳ看護婦と医師』（1985）が挙げられる。この看護師の大作は、著者が京都市立看護短期大学教員を経て1984年より仏教大学研究員の職に就いているときに発刊された書である。

『Ⅰ日本赤十字社と看護婦』は、近代日本における看護婦の歴史を概観する上で、日本赤十字社とその看護婦について述べている。看護婦の社会的地位が妥当でないことを問題としてあげ、日赤看護婦の誕生から、日本看護婦協会の結成、日赤の看護教育レベルの改善に至るまでの過程を述べ、各時代の社会的背景と、看護婦の動向を明らかにすることを意図した書である。日本の看護史については、次のように紹介している。

わが国における看護史としては、明治三二（一八九九）年に看護婦の大関和が、『看護婦人矯風会雑誌』に発表したものが、最も早いと考えられる。だが、その後に書かれた看護史の大半は、女性である看護婦の手を離れていった。これはわが国では看護婦の教育が、医師らによって行われる傾向があったことと無関係ではない。したがって、看護学そのものに対する理解や、歴史的意義の捉え方に、視点のズレがあったことは否めない。第二次世界大戦後、看護婦の手による看護史が相次いで出された。木下安子『近代日本看護史』（昭和四四）は、明治前期より第二次世界大戦中までを扱った通史として評価できる。雪永政枝『看護師の人びとⅠ～Ⅲ』（昭和四五年～五四年）は、近代を歩んだ看護婦たちに直接ききとりをすることによって書かれた、個性ある看護史である。

この記述から、『Ⅰ日本赤十字社と看護婦』は、戦後を経たその後の約40年を捉えた看護の通史として評価できる。

亀山によると、大正後期に結核を専門とした看護婦の存在について、次のように紹介しており、結核専門の看護婦のニーズが高かった背景には、多数の重症結核患者の存在があったことと推察する。

大正一〇年には赤十字社連盟が、公衆衛生看護協会の奨励の意味から、その活動内容について頒布している。それによれば、巡回看護婦、助産婦、結核患者看護婦、学校看護婦、工場看護婦、社会奉仕看護婦等々の新たな分野が紹介されている⁶⁸⁾。しかし、結核看護そのものの記載が見られないのは残念である。

『Ⅱ戦争と看護』は、近代日本における各戦争中に行われた、女性による看護活動に主

題をおき、男性中心の社会体制の中で、女性たちがどのように戦争に組み込まれていったかについて述べている。看護婦の道を選び在学中に結核を発症した女学生の紹介がなされているが、戦時中の結核看護についての記載は見られない。

『Ⅲ宗教と看護』は、日本で最初に近代的看護教育を開始した有志共立東京病院看護婦教育所で教鞭をとった、長老教会派所属の宣教看護婦 M・E リードの紹介、博愛・慈善・奉仕といった看護精神はキリスト教に依頼するものなど、近代日本において宗教が辿った過程をふりかえり、宗教が看護とどのようなかわりをもっていったかという点に主眼を置かれ、看護婦の養成のみにとどまらず、一般の女子教育についても言及された書である。当時、蔓延した結核看護に関する教育や実践の記載は見当たらない。

『Ⅳ看護婦と医師』は、看護婦の歴史が医師との関係の中で、どのような影響を受け、形成されたかについて医史との比較を加え書かれた書である。したがって、ここに結核看護史の記載は見られない。

雪永政枝の書には、「結核看護事業に半世を捧げた 古井イ子」⁶⁹⁾の紹介があったものの、結核看護の活動の記録は残念ながら記載されていなかった。

2003年には大森文子による『看護の歴史』⁷⁰⁾が発刊されている。日本看護協会機関誌「看護」で好評を博した連載を1冊にまとめた看護の歴史書である。著者は看護の歴史を語るにふさわしい経歴をもつ。本書の「著者経歴」によると、1935年、当時治療法が確立されていない結核に罹患した退役軍人患者のために開設された村松晴嵐荘に勤務している。

その後、東部ニューギニアの海軍野戦病院に勤務し、看護婦を指揮統率し、傷病兵を看護し困難な任務を遂行した経験を持つとある。終戦直後は、厚生省医務局に勤務し、国立病院の看護業務の指揮にあっている。

また、厚生省技官としてGHQの看護改革にも従事している。1960年からは、国立中野療養所の総看護婦長として、チームナーシング制度をいち早く導入するなど、患者中心の病院看護体制の確立に努めている。1970年からは、北里大学病院の開設準備段階から参画し、病院組織における看護部門の独立、訪問看護システムの確立、付き添いのない看護体制等により患者中心の看護を実践し、わが国における看護管理システムの変革を推進する上で指導的な役割を果たしている。

一方、日本看護協会の創設期から協会事業に参画し、職能団体としての協会組織確立に尽力し、1975年看護協会に就任している。また、看護教育の充実にも意を注ぎ、大学看護教育の重要性を各方面に強力に働きかけ、北里大学看護学部、千葉大学看護学部、日本赤十字看護大学、その他の看護短期大学の発足に尽力している。

1977年には、日本看護協会会長として第16回国際看護婦協会(ICN)4年毎大会を東京で開催し、看護の社会的認識の向上に尽力している。1987年には、「国会に看護職を」という日本看護協会の目標を達成する日本看護連盟の会長に就任し、清水嘉与子・南野智恵子両参議院議員の上位当選を目指して尽力した。著者は昭和の看護史のすべてを知り、わが国の看護に変革をもたらした看護職を代表する人物である。

本書の内容は、日本看護協会機関誌「看護」に第80回まで連載されている。結核に関する内容は第10～12回の3回である。各回のテーマは、第10回「結核予防会設立と結核療養所・村松晴嵐荘の勤務」、第11回「結核予防協会立の村松晴嵐荘から国立療養所

に」、第12回「人里離れた傷痍軍人結核療養所での看護」である。本書は著者が実際に見聞した記録であり、看護の歴史を語り継ぐ重要な文献である。当時の社会情勢に目を向け、医療体制、看護制度、看護教育実践、臨床で行ってきた看護など、また医療看護に貢献した重要人物の紹介など、昭和の時代における医療と看護の歴史を探求できる歴史書である。

しかし、亡国病といわれ、人々が死の病氣と脅威を抱き多数の死者があった結核についての記録は多くないことから、結核看護の歴史を語る資料としては重要な文献であるが、参考資料の一部として活用できる内容に留まっている。

2017年には山下麻衣『看護婦の歴史－寄り添う専門職の誕生』が発刊されている。看護師資格の「複線的ルートの歴史的背景」⁷¹⁾や、「女看護員」⁷²⁾という職名が日清戦争で初めて出現したことなど戦時救護の制度整備も挙げられている。本書は看護婦資格の養成に関する歴史とともに臨床での看護実践の歴史を史資料から述べてあり、看護婦の養成と活動の歴史について学べる貴重な書である。

しかし、結核看護については、「日本赤十字社福井県支部の事例」⁷³⁾で鯖江陸軍病院に勤務された看護婦の紹介があるが、咯血の結核患者に対する看護の様子が少し紹介されるに留まっている。他には、『山手健康地区協会事業報告』に見る社会看護婦の活動』の紹介があり、結核患者訪問看護婦の活動について記述されているが、結核対策のもとでどのような医療が行われ、その医療を看護婦がどのように支えてきたのか、また結核に罹患した患者の身体的・心理的・社会的問題に対しての歴史がみられない。

これらの著名な看護史文献と看護婦の歴史を綴っている書には結核の記述が少ないため、医療政策と結核医療、そして患者に寄り添ってきた看護の実践の事実がいま一つ掴みきれない。結核と戦った患者とその看護の歴史は、結核看護の史実を追究しない限り看護史を語ることはできない。

さらに、歴史における看護をみていくため、年代の古い医療と看護の文献が多数収載してある国内発行の医歯薬看護系文献の検索システムである医学中央雑誌Webのデータベースを利用して結核看護史の先行研究を確認した。掲載誌発行年を「1946以前～2021年」とし、検索キーワードを「結核」で145,881件、and「看護」で3,701件であった。さらに絞り込み条件で「原著論文」とした。その結果、1件の文献が検索された。検索期間は2021年3月1日。文献タイトルは「戦前の東京養育院における看護と看護教育」⁷⁴⁾(2011)で日本赤十字看護大学の山崎裕二らの論文であった。東京養育院は、初代院長が渋沢栄一であったことはよく知られている。日本で最も古い社会事業施設の1つで東京都営の総合的社会事業施設として、困窮者救済事業を行った施設であり高等看護学院を擁する。この論文は戦前の東京養育院における看護に焦点を置いてあり、結核看護史の一部として見ていくことはできるが通史ではない。

10. 結核政策の概要

結核予防法は2007年4月から感染症法へ統合された。それまでの結核は、法律的には他の感染症から独立し、結核だけの独立法であった。しかし、単独法では当該疾患の蔑視を促す恐れがあり一般法に統合して実施するほうが好ましいこと、また、多剤耐性結核菌はテロに使われる可能性があるため保持を厳重に管理することが求められた。そして、2005年の結核予防法改正後に見られた現場での混乱にも対応が必要であったことから、

2006年12月、結核予防法を廃止して感染症法に統合する改正案が国会を通過し、56年間続いた結核予防法は感染症法へ統合されたという経緯があり、結核対策は多難であった。

結核政策の歴史の概要を辿ると、結核菌がまん延し始めたのは、江戸時代の家内工業や門前町が発達をはじめた頃で、明治政府の急速な近代化と富国強兵策の強行、産業革命の進行により結核は都市を中心に爆発的に流行していった。1882年には、ロベルト・コッホ（Robert Koch）が結核菌を発見していたが、結核は咯血が見られながらも「国民病」として身近な病気として認識され、感染症としては捉えられていなかった。

1897年、伝染病が強く生命に危険を及ぼす伝染病を指定し、その予防と対策について定めていた法律が「伝染病予防法」であった（この法律は、1999年「感染症予防法」の施行に伴い廃止された）。当時は、コレラや腸チフス等が急性伝染病の対象であった。

結核政策において日本で初めて取り組んだ結核対策が、コッホの結核菌の発見から約20年後の1901年に出された「畜牛結核予防法」であったことから、この間には結核に罹患していても感染症という認識をもつことが難しかった。この予防法は、結核が牛を通して人に感染することを恐れたためのものであり、結核対策は人ではなく最初に牛への取り締まりが行われたのである。

それから3年後の1904年になり、日本で最初の予防法令である「肺結核予防ニ関スル件」（内務省令第1号）が制定された。この省令は全十三条からなり、俗に痰壺令と呼ばれたものである。学校や病院など公共の場に痰壺を設置し、肺結核患者の隔離消毒を命じた簡単な内容であった。この頃の結核死亡率は、1901年の対10万人の死亡率が172.1人、1904年が189.1人。1905年には206.0人と増加の一途をたどり、ピークとなる1918年の257.1人まで増加し、戦前における結核は、死の病とされていた。

当時は化学療法もBCGもなかったため、唯一の結核対策は患者の隔離で伝染を防ぐことであった。その後、1914年に制定された法律は、「結核療養所及国庫補助ニ関スル法律」である。この法律により、人口30万以上の都市に療養所の設置がなされたが、結核死亡数は増加を続けていたため、1919年には人口5万以上の地方公共団体に療養所の設置を命ずることが出来るように「（旧）結核予防法」が制定された。

その後の社会情勢は、1931年の満州事変の勃発や戦時体制の進展により、結核は増加の一途をたどっていった。この状況への対策として、1937年4月に「保健所法」が制定され、国民を対象とする国の健康指導相談の機関として、保健所が設置されることとなった。保健所の目的は、国民の体位を向上させるために、地方において保健上必要な指導を行う所と規定された。

結核撲滅を目指した保健所法により、10カ年計画で全国に550の保健所が建設されることが決められ、また1937年、「結核予防法」の一部が改正され、結核患者の届出が規定され、また、「国立結核療養所官制」を定めて傷痍軍人療養所が設置された。しかし、日本は1945年8月に敗戦を迎え、国民は限度を超えた栄養失調状態であり、データはないが結核死亡率も極めて高かったと考えられていた⁷⁵⁾。

戦後は、1948年6月30日に「予防接種法」が制定されている。それまでは、1909年から天然痘が種痘法によって予防接種が法的に実施されてきたが、天然痘以外の予防接種は法的に規定されていなかった。軍隊や必要に応じて一部で実施されただけであった。予防接種の効果が学問的に確認されていなかったため、法律では強制しなかったという背景

がある。

しかし、予防接種の効果が次第に確認されるようになり、進駐軍の指示もあって、「予防接種法」が制定され、ジフテリア、百日咳などの 12 種類の予防接種が法的に実施されたという経緯がある。これには BCG 接種も含まれていた。1951 年の「結核予防法」の大改正まではこの法律によって、30 歳未満の国民は原則として毎年 1 回、ツベルクリン反応検査を受け、陰性者は BCG 接種を受けることとされた。また、当時の BCG は液体で生菌ワクチンのため、冷蔵保存で 1 週間しかもたなかったため、生菌数の保持、生菌数の測定、雑菌混入の有無の検定を行うことができない状況にあった。この問題を解決すべく結核予防会結核研究所は、ワクチンの有効期限が当時数か月に延長できる BCG 凍結乾燥ワクチンの開発に世界で初めて成功した。液体ワクチンから凍結乾燥ワクチンに切り替えられたのは 1949 年 2 月であった。同年、10 月には厚生省告示「ツベルクリン反応検査心得及び結核予防接種心得」が示され、日本のツベルクリン反応判定法の基本が法律的に決められたのであった⁷⁶⁾。

そして、1951 年に「結核予防法」の大改正が行われ、健康診断の義務、在宅患者の指導保護、適正医療普及のための公費半額負担などが規定され、主として結核の予防と撲滅を目指し、患者は早期治療と隔離の目的で入院が可能となった。

1962 年には、患者登録票を用いて患者管理を確実に実施する体制が全国で確立された。これにより診断、治療、予防、管理の結核対策のすべてが確立し、実施されることとなった。結核予防法の大改正後から 10 年を経てやっとすべての対策が整ったのであった。

改正については、青木が次のように説明している⁷⁷⁾。

改正の第一点は患者管理制度を法的に組み入れ、発病した患者が確実に治るよう対応する仕組みをつくったことである。このために、

- ①患者登録票を正式に決め、記入事項を定め、
- ②治療中断、放置患者に対する対応法を示し、
- ③患者家族健診を強化し、
- ④治療終了者の再発を早期に発見するため必要な場合には X 線直接撮影を実施できるようにした。

第二の改正点は、感染性患者を「命令入所制度」で入院させる場合の国庫補助率の引き上げである。

都道府県が医療に要する費用を負担するとしていたが、都道府県の財政が苦しく、入院が制限されていたので、国庫負担率を 8/10 に引き上げ、健康保険、生活保護などに優先して医療費を国庫で負担し、感染源対策を強化したのであった。

この改正により、入院患者数が一挙に増加している。また、1962 年以降は、わが国では以下の①～④の対策が完備され、新結核患者登録数の年間減少率は 10.6%となり、新しく発生する患者数が 6 年毎に半減するスピードで減少し、結核対策の確立による成果を得ることができた⁷⁸⁾。

- ①BCG 接種と化学予防による発病予防
- ②国民のおよそ 1/3 が毎年受診する健康診断
- ③感染性患者の公費による入院
- ④患者が治るまで対応する患者管理（患者支援）

1.1. 医療保障の充実—社会保険制度の始まりから国民皆保険へ—

1960年代に入り結核患者数の減少がみられたが、医療保障についてはどのように進められたのだろうか。

はじめて健康保険制度が制定されたのは、大正時代と昭和初期であった。1922年に「健康保険法」が制定され、1927年に給付が開始された。これが日本の社会保険制度の始まりである。これには、政府が運営する政府管掌健康保険と、各保険組合が運営する組管掌健康保険とがある。それに、船員保険、共済組合（国家公務員・地方公務員・私立学校教職員）が加わり、被用者保険を構成した。

その後、日中戦争が拡大するなかで、戦時体制下の健民健兵策としても医療保険の役割が注目され、旧厚生省が創設された1938年に、農山漁村の住民や都市の自営業者などを対象として、任意設立、任意加入、組合方式に基づく「国民健康保険法」（4月1日法律第60号）が制定され、同年に施行された。これは市町村ごとに設立される国保組合と、同一業種および同一業者による特別の国保組合から構成されたものである。制度発足時の加入者数は少数であったが、徐々に加入者数が増えていった。

そして、第二次世界大戦後には、国保制度を再建するために、1948年の改正で市町村公営を原則とする任意設立、強制加入方式に改められた。

1958年には、国保制度の実施をすべての市町村に義務づける新しい「国民健康保険法」が制定され、翌年、1959年に全面的に改正され、1961年の全面実施により「国民皆保険制度」が完成した。これによって、国民のすべてが公的医療保険に加入する医療保険制度が実現した。医療給付の範囲は健康保険と同一で、当初の自己負担率は健保の被扶養者と同じ5割であった。高度経済成長期には給付改善が行われ、1963年に世帯主3割負担、1968年に世帯員3割負担が完全実施され、1973年から1975年にかけて高額療養費支給制度が実施された。ちなみにその後、老人医療費の無料化、高齢化の進展、経済の停滞などにより国保財政は危機的な状況に直面したが、1982年の老人保健法の制定や、1984年の退職者医療制度の導入などを経て、2006年の改正による高齢者医療制度の導入などによって制度間調整が強化されてきた。

そのほか、例えば重度の結核患者で社会復帰が難しく就業できない生活困窮者などに対しては、1946年に「生活保護法」（9月9日法律第17号）が制定され、公費医療が行われるようになった。この法律は社会福祉六法の1つである。生活保護法の目的は、「日本国憲法第25条に規定する理念に基き、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長すること」（第1条）とされている。なお、一連の社会福祉立法は、イギリスの救貧法を参考につくられている。

1946年に制定された「生活保護法」は、同年9月20日発出勅令第437号により同年10月1日より施行された生活保護法を、連合軍総司令部の指導の下、厚生省社会局保護課長の小山進次郎の主導によって全面改正され、1950年5月4日に法律144号として公布と同時に施行された。

以後、「結核予防法」「精神衛生法」「原子爆弾被爆者の医療等に関する法律」などが制定され、さらに、「児童福祉法」「身体障害者福祉法」「老人福祉法」「母子保健法」などによって公費医療制度の拡充が図られた。

1 2. 「看護関係法令の変遷」および「複雑な看護婦養成制度をもたらした看護教育」

1) 看護関係法令の変遷

社会保険制度の始まりから国民皆保険制度への概要をみたが、医療に携わる看護に関する法令についてはどのような変遷がみられたのだろうか。

日本の衛生行政が軌道に乗り始めたのは、1868年（明治元年）に政府が西洋医学採用の方針を発表した頃からとされている。

1872年に文部省内に医務課が設置され、1874年には医療制度や衛生行政に関する各種規定を定めた日本で最初の近代的医事衛生法規である「医制」（8月18日文部省ヨリ東京京都大阪三府へ達）が發布された。

「医制」は76条から成り、主な目的は、衛生行政機構を整備して西洋医学に基づく医学教育を確立し、さらに医術開業試験制度を樹立し、同時に医療関係者の質的向上をはかることである。そのために、医師の資格規定としての免許制度や医学教育について定め、近代的薬舗の制度を設け、医薬分業制度を実施し、衛生行政に確固たる基礎を築くことにあった。まず実施可能な地域として東京、大阪、京都3府に向けて發布された。

そのため、76条のうちのごく一部が施行され、しかも、医術開業試験制度のように、実施の過程で次第にそれぞれ独自の規則がつくられ、医制そのものは自然消滅した。そのため、医制は法令というよりは、むしろ衛生行政の方針を示した訓令の性格をもつものと捉えられている。

看護職に関しては第50条～52条において、はじめて産婆に関する規定がなされた。そして、西洋医学を学んだ新しい産婆を養成するために産婆養成所が作られた。しかし、東京府、大阪府の大都市では1876年に作られたが、地域によって養成所の設立はばらばらであった。

1899年「産婆規則」（7月19日勅令第345号）が公布され「（イ）産婆試験に合格した年齢満20歳以上の女子で、地方長官の管理する産婆名簿に登録を受けた者でなければ、営業することができないこと、（ロ）一カ年以上の産婆の学術を修業した者でなければ、産婆試験を受けることができないこと」等が規定された。

この産婆規則の制定により、産婆の新規営業はすべて産婆試験の合格をその要件とし、1910年の改正では、さらに内務大臣の指定した学校、講習所を卒業した者は、無試験で産婆名簿に登録を受けることができることとされた⁷⁹⁾。

職業としての産婆は、医制によってその資格内容が明文化され、産婆規則の制定によって近代教育の下におかれた。このようにして国家規模の標準化が達成され、看護職である産婆の近代が始まった背景がある。

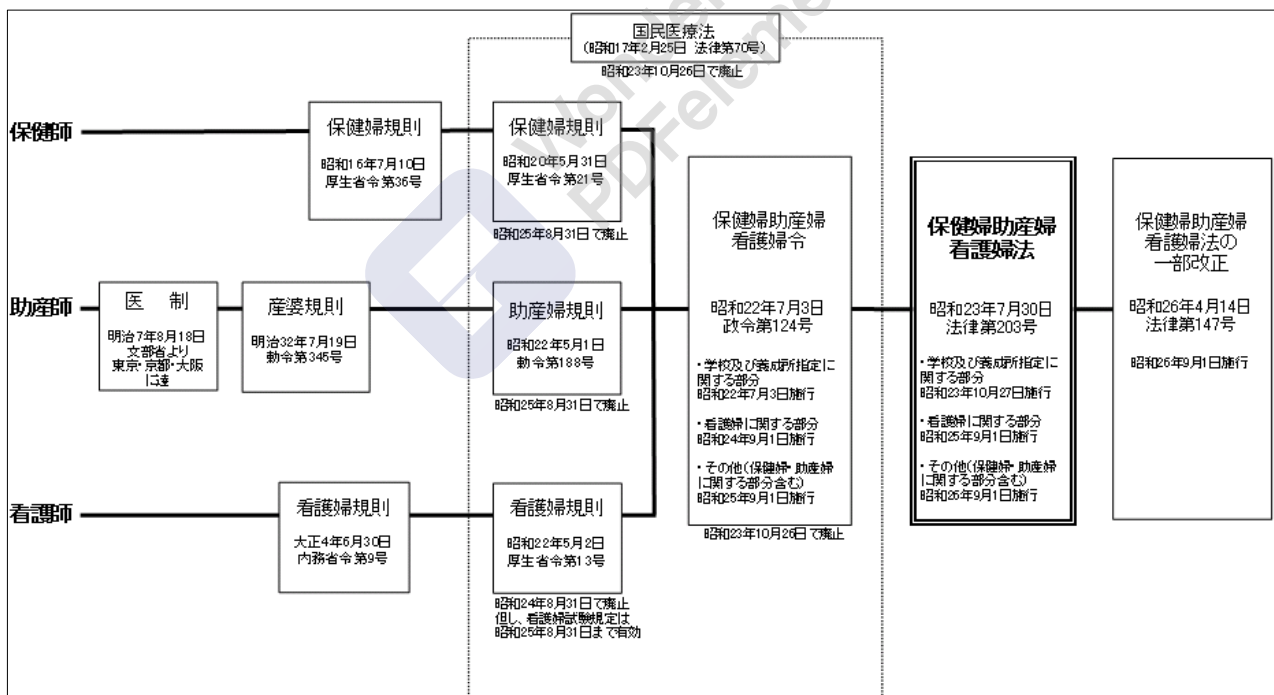
1915年には、「看護婦規則」（6月30日内務省令第9号）が制定された。その背景には、医療の進歩と医療機関ならびに開業医の増加により、一定の資格を有し専門の知識を身につけた看護婦の育成が求められたことにあった。看護婦を「公衆ノ需ニ応シ、傷病者又ハ褥婦看護ノ業務ヲ為ス女子」（第1条）と定義し、その資格については看護婦試験に合格するか地方長官の指示した学校または講習所を卒業するかのいずれかと規定している。看護婦試験は地方長官が人体の構造及び主要器管の機能、看護方法、衛生及び伝染病大意、消毒方法、包帯及び治療機械取扱法大意、救急処置などの科目について施行し、受験者は一カ年以上看護の学術を修業した者であった。看護婦の職務については、主治医師の指示

した以外に被看護者に対して治療機械を使用したり薬品を授与したりしてはならないとした。

この看護婦規則制定に伴い、1915年には「私立看護婦学校養成所指定標準ノ件」（8月28日内務省訓令第462号）が公布された。これにより、看護婦学校養成所は実習に必要な病院及び相当の校舎・器具・器械の設備があること、寄宿舎の設けがあること、必須科目を教授できること、入学資格は高等小学校卒業もしくは高等女学校2年以上であることなどが要求された。

看護婦規則から26年を経た1941年に、「保健婦規則」（7月10日厚生省令第38号）が制定された。保健婦を「保健婦の名称を使用して疾病予防の指導、母性又は乳幼児の保健衛生指導、傷病者の療養補導その他日常生活上必要なる保健衛生指導の業務を為す者」（第1条）と定義し、「保健婦は傷病者の療養補導を為す場合において主治医師あるときはその指示を受くることを要す」（第6条）とされた。その後、新たな保健婦規則（1945年5月31日厚生省令第21号）の制定に伴い、衛生思想涵養の指導及び栄養の指導が加えられるとともに、旧保健婦規則第7条中の「業務上必要あるときは」との条件が外され、保健婦は一般に看護業務をなすことが可能となった。

「保健師・助産師・看護師に係る規定の変遷」⁸⁰⁾については、以下の資料1-5に示した通りである。



資料 1-5 「保健師・助産師・看護師に係る規定の変遷」

第二次世界大戦後、GHQの指導のもとで、保健婦・助産婦・看護婦の資質の向上を旨として検討が重ねられた。その結果、これら3者に関するそれぞれの法規を一本化し、医療および公衆衛生の普及と向上をはかることを目的として、1948年「保健婦助産婦看護婦法」（以下、保助看護法と略す。）が成立し、公布された。

保助看護法の基本は、3者の総合化である。それまでは職能的に別々であった保健婦・助

産婦・看護婦を看護関係の専門職業として一括し、看護の機能を広く総合的にとらえ、3者とも国家免許にしたことである。臨床看護に限らず、広く一般人の健康増進と分娩前後の母子の世話など、生命を守るために必要な機能を総合して1つのものとした。そして、3者の資質の向上をはかるため、具体策としてそれぞれの免許資格の大幅な引き上げが行なわれた。

看護婦の場合も高等学校卒業後3年間の専門教育履修が国家試験の受験資格とされ、従来の都道府県免許から国家免許に切り換えられた。しかし、この資格は甲種看護婦とし、これとは別に、乙種看護婦の制度を設け、その業務内容を一部制限し、医師・歯科医師または甲種看護婦の指示を受けることにされた。

この法律は従来の看護制度を一新する大改革であり、問題化して国会でしばしば取り上げられ、1951年の改正で、甲・乙の区別を廃して看護婦に一本化された。そして、別に准看護婦の制度を設けたのであった。准看護婦は、中学校卒業後2年以上の専門教育を受けることを受験資格とし、合格者には知事による免許が与えられることとなった。従来の看護婦には、講習受講を条件に、新法に基づく国家免許を与えることとされたが、なお看護関係者の反発が強かったため、結果として、既得権者にはすべて新法による免許が与えられることとなった。

看護婦国家試験は1950年に第1回が実施され、1952年からは春秋の2回実施となった。なお、1990年からは年1回の実施となっている。保健婦および助産婦については、保助看法の制定により、免許は国家免許となり、その業務も保健婦は保健指導、助産婦は助産と妊婦・褥婦・新生児の保健指導であることが新たに規定された。また、従来は看護婦と別体系で行っていた教育が一本化となった。そして、保健婦および助産婦はすべて看護婦教育の履修を必要とするようになった。これは看護専門職としての資質の向上となり、1952年には第1回の保健婦・助産婦の国家試験が行われた。

しかし、看護婦国家試験は、日本の看護婦免許を取得するための国家試験であるが、看護婦資格の取得には看護教育制度の複雑さがあった。

2) 複雑な看護婦養成制度をもたらした看護教育

歴史における看護教育は医療技術の発展に伴い質的向上が目指されてきたのであるが、先に述べたように、看護婦の養成制度は2つの資格があり複雑である。このようになった看護婦養成にはどのような背景があるのだろうか。このことについては、平尾が『資料にみる日本看護教育史』において複雑な看護婦養成制度の成立した要因についてまとめている⁸¹⁾。

その一つは、戦後の新法による2つのレベルの養成所がつくられた下地となる、レベルの異なる2つの養成所が戦前から存在していたとのことであった。つまり、1915年「看護婦規則」に、すでに内包されていたというのである。看護婦資格取得には看護婦試験合格と看護婦学校卒業の2コースがあり、免許取得者が多かったのは看護婦試験（検定試験）のコースであった。看護婦試験受験者のための短期の養成所が地方医師会や看護婦会、小規模の私立病院などによってつくられ、戦後の保助看法の制定で、これらの養成所からは乙種看護婦養成所を経て准看護婦養成所になったものが多い。その一方で、都市部の大病院である日本赤十字病院、医科大学病院、大規模市立病院による養成は、一定の基準を満

たした地方長官指定の養成所であり、戦後には甲種看護婦養成所となっている。このように、複雑な看護婦養成となっている要因は看護婦規則から発せられていたというのである。

また、複雑な看護婦養成に大きな影響を与えたこととして、1951年の保健婦助産婦看護婦法の改正により准看護婦と看護婦の2種類の看護婦が誕生したことと、准看護婦から看護婦への橋渡しの課程をつくったことが挙げられている。准看護婦の教育は高等学校（衛生看護科）と准看護婦養成所が併置され、准看護婦養成所の入学資格は中学校卒（前期中等教育）と高等学校・普通科卒（後期中等教育）を同等に扱ったこと、准看護婦資格取得者を対象とする看護婦教育（看護婦2年課程：進学コース）が短大、高等学校専攻科、養成所（各種学校・専修学校）のように異なった学校段階や学校種において同等に行われていることなどが、看護婦養成を複雑にした要因となっていると述べている。

これらに加えて、1915年「私立看護婦学校講習所指定標準」の制定において、指定看護婦養成所で教授される科目の授業担当者は、看護婦でなく医師が担当するようにと定められ、看護教員の養成は戦後のGHQにおける看護改革から行われるようになった。なお、戦前の看護の高等教育機関は、聖路加女子専門学校の1校だけであり、看護婦養成学校教授法、看護婦養成学校管理法などの科目をもっていた。

また、平尾は看護婦養成について、国家の責任で養成しようとしていなかったことを指摘している。これは戦前の日本赤十字社における養成を示している。戦前の入学資格は、女子の中等教育修了者とし、高等教育に準ずる教育が行われたが、国家の施策に添ったものであった。戦後は、民間の一団体として赤十字本来の活動を行っていること、また、看護婦養成は訓令で「私立看護婦学校講習所指定標準」の名前自体に私立がつけられるほど私立が多く、医師に任せる形態がとられていたとしている。公立の養成所の指定は私立に準ずるという規定であり、このことについて平尾は、「わが国の医療自体が根幹において開業医を主体とする私立主導の医療制度をとっていることも影響している」と述べている。看護婦養成は訓令であることから権限行使の指揮による命令である。

看護婦規則下では、教育理念・教育目標に基づいたカリキュラムの構築はほとんど行われず、教育内容は看護婦規則に定められた7科目中心の職業教育であったこと、また、戦前の看護教育は実習が主体であったが、臨床での実習は「勤務」と呼ばれ、教育方法の研究が不十分なことから、見よう見まねの徒弟教育であったと説明している。

臨床実習が「勤務」から「実習」へと名称変更し、教育として位置づけられたのは、1951年の保健婦助産婦看護婦法の一部改正に伴い、同年、保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の一部改正（1951年8.10.文・厚令1）が行われ、カリキュラムも大幅に改正された時点からである。看護婦規則下では、唯一専門学校であった聖路加女子専門学校でも実習は「勤務」と呼ばれており、それまでは、教育は病棟で行い、教室の座学はあくまでも病棟の学習の補足といった伝統が反映されていた。

1947年には、「看護教育指導者講習会」がはじめて行われ、看護教育の指導者養成がなされている（資料1-6）。主催者と講義担当者をみると、戦後、看護婦によって看護教育を行おうにも看護婦養成教育用の教科書がなかったので、早急に雑誌という形で『看護学雑誌』を作成した関係者も見られた。

これらの複雑な看護婦養成となった背景を確認しておくことは、その後、時代とともに医学・医療技術が進歩していく流れのなかで、看護教育制度にもどのような改革がなされ

たのか、また、結核患者を看護する看護婦に対し、医療関係者ならびに患者側から要請されていた結核の医療・看護に関する専門的知識・技術、および看護婦の患者対応などに関する人間性や判断力について史資料から考察を深められ、医学・看護学の時代の流れを汲んだ結核看護史をみていく上で重要である。

<p>1. 主 催 看護教育指導者講習委員会</p> <p>聖路加病院々長 橋本 寛敏 日本赤十字社看護婦養成部長 岡部 剛二 厚生省研究所保健指導学科主任 井上なつゑ 済生会病院看護婦長 関 なみ 聖路加病院看護婦監督 湯本 きみ 東京都中央保健所保健婦長 平井 雅恵 厚生省衛生局保健課技官 金子 光</p> <p>1. 仮事務所 京橋区明石町 23 中央保健所内 看護教育指導者講習委員会</p> <p>1. 目 的 看護婦学校の看護教師として生徒の指導に当るべき看護婦に対して看護学に関する高等教育を施すを以って目的とする。</p> <p>1. 受講者資格 看護婦養成所及び病床 50 床以上を有する各病院の指導的立場にある看護婦</p> <p>1. 定 員 50 名 (1 病院より 2 名以上)</p> <p>1. 講習期間 3 か月 昭和 22 年 5 月 2 日～7 月 25 日 1 週間 2 回 火水 9 時～15 時</p> <p>1. 講習会場 東京都渋谷区宮代町 日本赤十字社中央病院</p> <p>1. 講習料 1 か月 10 円</p> <p>1. 修業証書 講習会に於ける課程終了者に対して修業証書を授与す</p>	<p>1. 講習内容</p> <p>一般基礎看護法 50 時間</p> <p>{ 30 時間 聖路加病院看護婦監督 湯本 きみ 20 時間 連合軍総司令部 外人教師</p> <p>内科看護法 8 時間 聖路加病院看護婦長 高橋シュン</p> <p>外科看護法 8 時間 聖路加病院看護婦監督 湯本 きみ</p> <p>産科看護法 8 時間 厚生省研究所保健指導学科主任 井上なつゑ</p> <p>小児科看護法 3 時間 中央保健所保健婦長 平井 雅恵</p> <p>看護歴史 (看護倫理を含む) 16 時間</p> <p>{ 日本看護歴史 8 時間 厚生省研究所保健指導学科主任 井上なつゑ 諸外国の看護歴史 8 時間</p> <p>連合軍総司令部 外人教師</p> <p>学校管理 (病院管理を含む) 6 時間</p> <p>{ 3 時間 聖路加病院看護婦監督 湯本 きみ 3 時間 連合軍総司令部 外人教師</p> <p>看護実習監督法 10 時間</p> <p>{ 2 時間 聖路加病院看護婦監督 湯本 きみ 8 時間 連合軍総司令部 外人教師</p> <p>合 計 114 時間</p>
---	---

資料 1-6 1947 年「看護教育指導者講習会」⁸²⁾

< 注 >

- 1) 安達さだ子 (1978) 結核の看護, メヂカルフレンド社, 25.
- 2) 北川扶生子 (2021) 結核がつくる物語—感染と読者の近代, 岩波書店, 18-35.
- 3) 岡西順二郎 (1968) 医歯薬ブックス 人類と結核, 医歯薬出版, 1-2.
- 4) 青木正和 (2003) 結核の歴史, 講談社, 19.
- 5) 岩井和郎 (2016) 証言で綴る結核対策 = 公衆衛生の歴史 第 3 節結核菌の由来と世界蔓延, 公益財団法人結核予防会, 17-18.
- 6) 鈴木隆雄 (2016) 証言で綴る結核対策 = 公衆衛生の歴史 第 2 節日本最古の結核患者, 公益財団法人結核予防会, 15.
- 7) 鈴木隆雄 (2010) 骨から見た日本人 古病理学が語る歴史, 講談社, 東京, 179-182.
- 8) 前掲 4) : 86.
- 9) 立川昭二 (1971) NHK ブックス 152, 病気の社会史—文明に探る病因, 日本放送出版協会, 140.

- 10) 公益財団法人結核予防会編集 (2018) 結核の統計 2018, 結核予防会, 2.
- 11) 岡西順二郎 (1968) 医歯薬ブックス 人類と結核, 医歯薬出版, 11-12.
- 12) 青木正和 (2004) 医師・看護職のための結核病学 結核対策史, 財団法人結核予防会, 6.
- 13) 岩崎龍郎 (1981) 日本における結核の歴史ー結核はヨーロッパ人が伝搬したのかー, 結核, 6 巻, 407-422.
- 14) 岡西順二郎 (1956) 結核の歴史 (10) 江戸時代までの日本の結核, 日本臨床結核社, 15 巻, 801-804.
- 15) 岩崎龍郎 (1981) 日本における結核の歴史ー結核はヨーロッパ人が伝搬したのかー, 結核, 6 巻, 407-422.
- 16) 前掲 12): 6.
- 17) 前掲 12): 7.
- 18) 立川昭二 (1998) 江戸 病草紙, 筑摩書房, 201.
- 19) 岡西順二郎 (1968) 医歯薬ブックス 人類と結核, 医歯薬出版, 1.
- 20) 中島陽一郎 (1988) 病気日本史, 興英文化社, 84-87.
- 21) 中島陽一郎 (1988) 病気日本史, 興英文化社, 187, 192-196, 200.
- 22) 四元秀毅, 倉島篤行編 (2012) 結核 Up to Date 結核症+非結核性抗酸菌症+肺アスペルギルス症 (改定第 3 版) (CD-ROM 付), 南江堂, 4.
- 23) 公益財団法人結核予防会編 (2018) 結核の統計 2018, 結核予防会, 7.
- 24) 毛利昌史他 (2001) 全国国立療養所における結核死亡調査 平成 11 (1999) 年, 資料と展望 39, 45-63.
- 25) 森亭 (2002) 特集 II 内科 100 年の変遷 日本の結核流行と対策の 100 年, 日本内科学会雑誌 創立 100 周年記念号, 91(1), 131.
- 26) 公益財団法人結核予防会編 (2018) 結核の統計 2018, 結核予防会, 3.
- 27) 細井和喜蔵 (1980) 女工哀史, 岩波書店.
- 28) 井上泰代 (1960) 結核学と結核看護法, メヂカルフレンド社, 10.
- 29) 竹中成憲 (1907) 通俗肺結核豫防及療法, 誠之堂書店. (全 123 頁と付録 4 頁)
- 30) 四元秀毅編 (2019) 医療者のための結核の知識, 医学書院, 18-36.
- 31) 厚生省医務局 (1975) 医制百年史 付録 衛生統計からみた医制百年の歩み, ぎょうせい, 36.
- 32) 厚生省医務局 (1975) 医制百年史 付録 衛生統計からみた医制百年の歩み, ぎょうせい, 36-37.
- 33) 厚生省医務局 (1975) 医制百年史 付録 衛生統計からみた医制百年の歩み, ぎょうせい, 39.
- 34) 青木純一 (2004) 結核の社会史ー国民病対策の組織化と結核患者の実像を追ってー, 御茶の水書房, 9.
- 35) 前掲 34): 47-52.
- 36) 四元秀毅, 倉島篤行編 (2012) 結核 Up to Date 結核症+非結核性抗酸菌症+肺アスペルギルス症 (改定第 3 版) (CD-ROM 付), 南江堂, 152.
- 37) 国立療養所結核精神衛生協同研究班編 (1959) 結核患者の精神衛生ー実態と指導, 医学書院, 1.

- 38) 前掲 37):250.
- 39) 前掲 37):247.
- 40) 前掲 37):247.
- 41) 會我好子(千葉療養所)(1947)結核患者心理状態,看護學雜誌,2(3).
- 42) 佐々木ミツエ(1949)看護婦の一結核患者より,看護學雜誌,6(2).
- 43) 前掲 4):117-118.
- 44) 徳富蘆花(1900)小説 不如帰,民友社.
- 45) 前掲 4):116-123.
- 46) 青木正和(2004)医師・看護職のための結核病学 結核を病んだ人たちーその生と死ー,財団法人 結核予防会.
- 47) 前掲 34):4.
- 48) 堀辰雄(1986年4月10日)(第34刷)(第1刷1956年1月9日)『風立ちぬ・美しい村』,岩波書店.
- 49) 幸田文(1973)闘,新潮社..
- 50) 前掲 48):275.
- 51) 四元秀毅,倉島篤行編(2012)結核 Up to Date 結核症+非結核性抗酸菌症+肺アスペルギルス症(改定第3版)(CD-ROM付),南江堂,273.
- 52) 国立国会図書館デジタルコレクション(2021.5.4)
- 53) 平尾真智子(2013)明治最初の翻訳看護書の原著解明と看護史上の意義一田代基徳 関・岡田宗訳『看病心得草』(明治7年)一,日本医史学雑誌,59(3),391-405.
- 54) 樋野恵子(2008)明治初期における医療の一分野としての看護一医師太田雄寧訳纂『看護心得』の原著解明と比較検討一.日本医史学雑誌,54(4),373-386.
- 55) 黒澤嘉幸(1994)明治期の陸軍看護技術,日本医史学雑誌,40(2),203.
- 56) 前掲 55):202-203.
- 57) 前掲 55):203.
- 58) 国立国会図書館デジタルコレクション(2021.5.4)
- 59) 国立国会図書館デジタルコレクション(2021.5.4)
- 60) コトバンク:https://kotobank.jp/word/芳賀_栄次郎-1652304,
Webcatplus.nii.ac.jp/webcatplus/details/creator/475693.html(2021.5.4)
- 61) 国立国会図書館デジタルコレクション
Webcatplus.nii.ac.jp/webcatplus/details/creator/401.html(2021.5.4)
- 62) 国立国会図書館デジタルコレクション(2021.5.4)
- 63) 日本の古本屋検索(2021.5.4)
- 64) 谷津三雄,鈴木勝,救急法に関する二、三の成書,jsmh.umin.jp/journal/30-2/185-186.pdf(2021.5.4),日本赤十字社.国立国会図書館デジタルコレクション(2021.5.4)
- 65) コトバンク:https://kotobank.jp/word/佐伯_理一郎-1645514,国立国会図書館デジタルコレクション(2021.5.4)
- 66) 国立国会図書館デジタルコレクション(2021.5.4)
- 67) 国立国会図書館デジタルコレクション(2021.5.4)

- 68) 亀山美知子(1998), 『I 日本赤十字社と看護婦』, 178.
- 69) 雪永政枝(1979), 『看護師の人びと第Ⅲ集』, メヂカルフレンド社, 150-151.
- 70) 大森文子(2003) 『「看護」を考える選集 15 大森文子が見聞した看護の歴史』, 日本看護協会出版会.
- 71) 山下麻衣(2017) 『看護婦の歴史ー寄り添う専門職の誕生』 吉川弘文館, 3.
- 72) 前掲 71): 34.
- 73) 前掲 71): 53-55.
- 74) 山崎裕二, 高橋順子, 古田愛子, 関戸ひとみ(2011) 戦前の東京養育院における看護と看護教育, 日本看護歴史学学誌, 24 号, 22-36.
- 75) 前掲 4): 192.
- 76) 前掲 4): 198-199.
- 77) 前掲 4): 218-219.
- 78) 前掲 4): 219-220.
- 79) 厚生省医務局(1976) 『医制百年史』 ぎょうせい, 90-94.
- 80) 保健師・助産師・看護師に係る規定の変遷
<https://www.mhlw.go.jp/SHINGI/2005/05/S0512-2A2.HTML#TOP> (2021.5.18)
- 81) 平尾真智子(1999) 資料にみる日本看護教育史, 看護の科学社, 126-127.
- 82) 日本看護協会編(1967) 日本看護協会史 I (昭和 21 年～昭和 32 年), 日本看護協会出版会, 240.

第Ⅱ章

結核看護史第Ⅰ期 1882年～1901年、Robert Kochが結核菌を発見した年から 日本で初めて取り組まれた「畜牛結核予防法」制定までの「結核対策混迷期」

はじめに

第Ⅱ章では、結核菌の発見から近代看護教育が始まるまでの医療と看護の歴史について概観した上で、結核が蔓延した社会的背景、ならびに結核患者の療養の場について把握し、1882年から日本で初めて取り組まれた「畜牛結核予防法」制定までの時期における結核政策と結核治療、また、当時の看護教育制度ならびに結核患者への看護実践についてみていくこととする。まず、結核菌の発見当時の社会情勢から捉える。

1882年にコッホが結核菌を発見した頃の日本は、社会変動の影響を受け、国民の窮乏化が急速に進行し、1883年の国民階層の窮乏状況は、全国民の五割七分六厘四毛が下等窮乏層であったとされている¹⁾。

これまで近代化を推進してきた明治政府は、廃藩置県、地租改正、秩禄処分、徴兵令という改革や、明治維新以降の不換紙幣の発行により1880年にはインフレーションを引き起こし、翌年、1881年の松方デフレ政策により、窮乏化が急速に進行した。このような社会背景の下で、貧困のために都市をめざし、その途上で病気や死亡する層が多かった時代である。

1883年の行旅死亡者数府県別順位²⁾では、東京、大阪、兵庫と大都会に多かったことが明らかにされている。当時、増加していた行旅病人の救護は、最初から社会政策面ですすめられ、1882年9月の太政官布告第四十九号による「行旅病人取扱規則」が制定され、統一した対策がとられるようになった³⁾。その代表の施設が1872年に創立した養育院であったが、その目的は、行旅病人・棄民の福祉のためというより、ロシア皇太子アレクセイの東京入りを前にして、市中の乞食・浮浪者の収容を目的とした外国に対する面目の問題が先行していたものであった⁴⁾。棄民については、平素、聞きなれないかもしれないが、政府によって切り捨てられた元自国民を表す用語である。かつて満州の開拓にかり出され、敗戦後に当地に取り残された人や、日本の食糧難から政府に推奨されてハワイやカリフォルニア州、中南米諸国に移住していった人々のことである。

結核についてみれば、行旅病人や死亡者の原因がたとえ肺結核であったとしても1883年に結核菌が発見されたばかりであり、医療者も関心が薄かったであろうし、施設内で感染の蔓延防止のために療養環境を整えることなども、患者の収容が先行していたことが明白であろう。

1. 近代看護教育が始まるまでの医療と看護の歴史に関する概要

貧困者の救済が十分でなかった時期において、現在に通じる看護はどのように発展していったのであろうか。

本研究では、1882年以降の年代を対象としているが、まず、近代看護教育に至るまでの明治以前における医療と看護の概要について触れておきたい。

6世紀半ばに仏教が伝来すると仏教の説く慈悲の精神により信者は病人や貧しい人々の世話をした。聖徳太子（574～622）は熱心な仏教信者で、看護や医療を事業としてとりあげた。そして、四天王寺のなかに施薬院（薬草を栽培し薬剤をつくり無料提供をする）、療病院（病人を収容し治療看護に当たる）、悲田院（老人や孤児の保護）、敬田院（精神的救済をする）の救療施設四院を設けた。このような寺院での看護事業に当たったのは僧侶であった。奈良時代になると救療に当たる僧侶のなかに、医療を専門に行う僧医、病人の看護を行う看病僧が出現した。この時代、特に看護に尽くしたのが光明皇后（701～760）で施薬院、悲田院の設立、自ららい患者の世話をしたと伝えられる。民間では和気広虫（730～799）である。仏教をよりどころにした僧侶による看護は平安時代、鎌倉時代を通じて続いていった。江戸時代には仏教の勢力が衰え、寺院に関連した施設もなくなり、看護はそれぞれの家庭で行われた。こうしたなかで、分娩介助を行うものが産婆として独立した職業となった。しかし、これらは教育訓練があるわけではなく、老女や未亡人が生活のためにやっていたとしている。

1772年、小石川薬園内に養生所が設立され、極貧の病人の施療を始めた。ここで看護をする者を専属に置いたのであるが、下女の仕事の片手間に看護を行うといったもので、知識も経験もないものであった。このような過程があり、看護が職業として確立したのは、明治に入ってからであった。

最初の職業看護婦は、官軍と幕府軍との戦いのなかから生まれている⁵⁾。これは、1868年～1869年の日本の内戦で明治新政府が勝利した戊辰戦争である。この戦争で職業看護婦が生まれたという表現は正しいとは思われるが、この戦時に対応した女性に職業看護婦という名称を付けているのはよいのだろうか。

日下によると、日本で初めて雇用された女性看病人は壬生近辺の農民や町民の子女である可能性が高いこと。また、戊辰戦争中に雇用された女性看病人は未訓練であり、その後の看護婦の誕生には寄与していないと述べている⁶⁾。

戊辰戦争のなかでも安塚の戦いは激戦であり、戦時中の様子と看病人については、傷病兵も多数出て、病院の医師や歩卒も不足し、壬生近隣の男性も徴用された状況であったことから、女性看病人を求める契機となったこと。この雇用の背景には、下野農民一揆により、無報酬で住民を用いることは危険であり、女性看病人として雇用することになったことである。このことから、報酬をもらって看病する住民は農民や町民の子女である可能性が高いとしている⁶⁾。

このような背景から、看護婦が‘生まれた’という表現は頷けるが、職業というからには、看護婦として学んだ経験や専門職とする資格が必要であると考えれば、報酬があったとはいえ職業看護婦というには少なからず無理がある。しかし、職業を、単に生計を維持するために日々従事する仕事とするのであれば、この意味での看護婦であると捉えることができる。

戊辰戦争による負傷者の続出に対応するため、横浜に日本最初の外科病院が設けられ、ここに看病人がみられるようになる。

野戦病院でない病院ができたのは、横浜軍人病院が最初であったとされ、看護に当たる婦人を雇い、傷病兵の世話をした人が「看病人」とよばれた。しかし、看病人は、教育訓練も受けず知識も乏しく、生活に困った婦人の生業とみられていた。その後、横浜軍陣病

院は東京下谷に本院を移し大病院（現在の東京大学医学部附属病院）とよばれるようになり、看病人の服務規則はつくられたが、教育訓練は行われなかったとのことである。

このように、1885年に正規の看護教育が始まるまでには「看病人」と呼ばれた時代があった⁷⁾。また、看病人は、前述の職業看護婦と同様に未訓練で病人の看護をしていた。

戊辰戦争から数年後、1874年8月18日「医制」⁸⁾公布前後には、医師の家に住み込みで働いていた女性が看護をしていた。農村の若い女性が貧困により出稼ぎ同様に都会へ出向き、住み込みで働き、ましてや看護資格がない時代にあっては、当然、専門的な看護教育を受ける機会がなかった。つまり、医師の従属者として診療以外の家庭内の生活の世話まで任せられ、診療の補助は、仕事の中の一部でしかなかったことが想像される。当然、社会的な評価も低かったであろう。

2. 日本の近代化の影響による結核の蔓延と結核患者の療養の場

結核看護史第I期までの日本では明治維新により国交が始まり、産業の興隆と交通機関の発達で結核まん延の原因となっていた。

1868年に明治政府が誕生して以来、日本は近代化への道をひたすら突き進み、1880年代後半には産業革命により、アメリカ向けの製糸業、アジア向けの綿（紡績）業、そして軍需産業が日本産業の三本柱として工業化が急速に進んだ。

その一方、多くの国民、特に農民を苦しめた。小作農として農村で苦しい生活をし、農村から流出して都会の貧民街などに流れこむ貧民層を生み出し、安い賃金で、過酷な条件でも働かざるを得ない大量の労働力をつくり、日本の産業革命はこうした労働力に支えられて発達した。また、小作人が払う高額の小作料で生活をする寄生地主の投資も産業革命を進展させたことは歴史に刻まれている。寄生地主たちの投資先は鉄道であり、さらには紡績工場や製糸業などであったことから、こうした資金も産業革命を進展させ、日清戦争以後に本格化した。しかし、密閉、密室、十分な休息と栄養が取れない環境下での労働は、結核の温床の地となった。

このような社会背景のもとで蔓延した結核は、1800年代後半からであり、「日本で結核が蔓延し予防対策が叫ばれ始めるようになるのは二〇世紀に入ってからである。」⁹⁾したがって、それまでは、咯血や発熱などの結核症状が出現しても日常的に起こるものとして、動揺するなどということはさほどなかったと推察する。咯血があれば口から出た血液を拭き、発熱があれば身体を冷やすなどの対症療法によって症状を軽減していたのであろう。

医療面では経済的に豊かな暮らしをしている人は、大気・安静・栄養を重視したサナトリウムで療養することができたが、サナトリウムの数も限られており、希望するすべての人が利用することはできなかった。ましてや低賃金で働く労働者や貧困者には到底手が届くはずもなかった。当時は医療面においてサナトリウムでの療養生活が注目されたが、19世紀までの結核対策はこれという決め手になる手段がなかった。

このような医療背景において、人から人への感染経路の他にも結核牛の牛乳の飲用が原因であるという見解で、1901年に「畜牛結核予防法」が制定されたのである。しかし、感染経路が明確でなければ、十分な感染対策ができるはずもない。結核政策、結核医療が揺らいでいる中で、どのような結核看護が行われたのであろうか。また、看護の方法は、医療に沿って行われる流れからすると、看護する側も特に重症結核患者に、どのような看護

を行うとよいか苦悩したのではないだろうか。

看護教育がなかった時代から、その後にはキリスト教の布教の一環として始められた外国人教師らの看護教育がなされ、その教育の下で学修した優秀な卒業生が、看護婦による最初の看護書を著している。

また、派出看護婦として看護活動を行い、看護に必要な内容を綴った著作が発刊されるなど、現代にも通じる看護書を残している。

第1章では、Robert Kochが結核菌を発見した年から日本で初めて取り組まれた「畜牛結核予防法」制定までの時期を対象に、この時期に行われた主な結核政策をとおして、結核医療、看護教育制度、肺結核患者の看護実践について述べる。

第1節 結核政策

わが国の結核死亡統計の最初は「呼吸器病のうちの肺病」という分類で、1883年から記録が残され、10万対82.4（男87.0、女69.1）と報告されているが、当時はX線検査も菌検査もなかったので診断の信頼性には問題があり、遺族が結核を嫌がり死亡原因を他の疾患として届け出た例が多かったかもしれないとされている¹⁰⁾。その他にも、明治中期の頃から、都市労働者間での結核の流行など慢性感染症対策が問題とされ始め、1899年より、政府で死亡原因別死亡者数の統計が得られるようになり、結核による死亡の実態が次第に解明されるようになった¹¹⁾。

1900年にはわが国で第1回目の結核死亡統計調査が行われている。まだこの年は他の諸国と比較しても大差は認められなかったが、日本の20世紀初期の商工業の画期的な発展がその後の結核のまん延を及ぼし、年とともに死亡率が増加していったことが報告されている¹²⁾。このような状況下で政府は結核予防に関する法令の整備に乗り出し、1904年に「肺結核予防二関スル件」の公布につながっていったのである。

結核看護史第I期までの日本では産業の興隆と交通機関の発達で結核まん延の原因となっていたが、医制も衛生制度もなかった時代には、予防への努力も払われていなかった。

衛生行政は、政府が西洋医学採用の方針を発表した1868年頃から軌道に乗り始めた。その後、1874年に医療制度や衛生行政に関する各種規定を定めたわが国で最初の近代的医事衛生法規である。この年に医制76条が公布された。近代的な衛生行政の第一歩であった医制の目的は「国民の健康を保護し、疾病を治療し及びその学を隆興すること」¹³⁾であった。1875年には衛生行政の所管は内務省に新設された衛生局へ移管された。1879年、内務省に中央衛生会、各府県に地方衛生会が設置されていた。それ以後の衛生行政分野は、1938年の厚生省の設立まで、主に内務省が担当した。

法令で伝染病の対象とされたものは、1874年に発布された医制（文部省が医療制度や衛生行政に関する各種規定として、医業の許可制などを定めた法令）によると、腸チフス、コレラ、天然痘、麻疹の四種であったのが、1880年伝染病予防規則ではコレラ、腸チフス、赤痢、ジフテリア、発疹チフス、痘瘡の六種伝染病となった。伝染病予防規則が廃止され、7年後の1897年4月1日、新たに制定された伝染病予防法（法律第36号）では、これにペスト、猩紅熱が加えられ8種の伝染病が対象とされた¹⁴⁾。これは伝染性が強く生命に危険を及ぼす伝染病を指定し、その予防・対策について定めた法律である。（102年後の1999

年「感染症予防法」の施行に伴い廃止された。)また、「伝染病院」「隔離病舎」「隔離所」の全市町村での設置が義務づけられたが、結核は含まれていない。

その後、結核を取り締まる法規には、1898年、学校伝染病及消毒方法（文部省令第20号）がある。これはこれまでの規則に定めた急性伝染病と並んで肺結核を予防すべき伝染病として示している。1900年には、牛乳営業取締規則（内務省令第15号）が出された。これは、結核牛の乳を使用することを禁止し、同時に、結核病、癩病、梅毒、及び伝染病に罹った者は、牛乳の販売や取り扱いも禁止した規則である。翌年、1901年、畜牛結核予防法（法律第35号）は、結核に罹った牛、またはその疑いのある畜牛を発見した時は、所有者、管理者または獣医に直ちに届けることを定めた法律である。同年の理髪営業取締規則（警視庁令第11号）は、結核患者の従業禁止、営業は店舗の有無に関わらず所轄警察署に届出を命じた規則である（表2-1）。

表2-1 第I期1882年～1901年「結核対策混迷期」の主な結核医療¹⁵⁾

年	月	日	主な結核医療の歴史年表
1889	8	12	鶴崎平三郎「須磨浦病院」開設
1890	11	13	わが国で初めて結核治療薬「ツベルクリン療法」発表
1891	4	26	ツベルクリン治療研究のため3人の医師をドイツに派遣 同年、東京医科大学に肺病治療室を設置
1892			鎌倉病院（サナトリウム）開設
* 1894-1895 日清戦争			
1898	9	28	学校伝染病及消毒方法（文部省令第20号）
1899	2		シーメンス社製X線装置、陸軍医学校に設置 その後、東京帝国大学医学部内科学教室にX線機械設置
1900	4	7	牛乳営業取締規則（内務省令第15号）
1901	4	12	「畜牛結核予防法」（法律第35号）
1901			理髪営業取締規則（警視庁令第11号）

15) 青木正和(2004) 医師・看護職のための結核病学 結核対策史,
財団法人結核予防会, 107.

欧米において結核療養所が発達したのは19世紀中頃であり、日本には19世紀後半に伝わった。早くからサナトリウム療法の効果は知られていた。サナトリウムとは、結核などで長期的に療養が必要な人のための療養所である。

しかし、この時期にはわずかに市立療養所があるだけであり、療養所は一般の人々にはほど遠い存在であった。

初期の結核療養所から1901年ごろまでの結核療養所の建設は、表(2-2)に示した通りである。

表 2-2 結核療養所の日本で最初の設置から 1904 年まで

1889 年 (M22)	鶴崎平三郎が日本で最初の結核療養所「須磨浦療病院」(兵庫県須磨浦)を開設 【民営サナトリウム】 ^{a)}
1892 年 (M25)	肺結核療養所、「鎌倉病院」開設 ^{a)}
同 年	「鎌倉養生院」【民営サナトリウム】 ^{b)}
1893 年 (M26)	北里柴三郎が養生園(日本で最初の結核施療院)を開設(白金台) ^{a)}
1896 年 (M29)	高田耕安が「東洋内科医院」を開設(神田駿河台) ^{a)}
1897 年 (M30)	杏雲堂平塚分院として杏雲堂療養所(平塚)【民営サナトリウム】 ^{b)}
1899 年 (M31)	高田耕安が「南湖院」を創設(茅ヶ崎)【民営サナトリウム】 ^{a)}
1901 年 (M34)	中村春次郎が「恵風院」を開設(越腰)【民営サナトリウム】 ^{a)}
1902 年 (M35)	中村春次郎が「恵風園療養所」を開設(七里ヶ浜)【民営サナトリウム】 ^{a)}
1904 年 (M37)	石神亨が「石神病院浜寺支院」を開設【民営サナトリウム】 ^{a)}

16)a:青木純一(2004)結核の社会史,御茶の水書房,東京,346-347.

17)b:公益財団法人結核予防会(2016)証言で綴る結核対策=公衆衛生の歴史,公益財団法人結核予防会,東京,34.

産業の発達につれて結核にも関心がもたれた結果として、1889年8月12日、鶴崎平三郎によって、兵庫県須磨浦に結核療養所「須磨浦療病院」が建設された。

1899年には高田耕安が南湖院を創設、1902年に中村敬次郎が恵風園療養所・平塚杏雲堂を開設するなど、民間の結核病院や療養所ができた年である。しかし、南湖院の200床以外は100床以下であり、入院費が高額でもあり、庶民が容易に利用できる施設ではなかった。

サナトリウムの立地条件は、日当たりと風通しのよい海岸か、高原がよい環境として建てられ、日光浴室や静臥室を備えていたが、利用料が高額であったため、一部の富裕層しか入所できなかった。しかも、自然治癒を待つ肺結核患者には大気・安静・栄養でよかったが、結核が進行し全身が侵されていく患者には治療の限界があったことには違いない。

その後も私立療養所の開設がみられるものの、病床数の不足と入院費が高額であることには変わりなく、後に公立療養所の建設へとつながっていった。

本格的に公立療養所の建設に着手されるようになったのは、1914年「結核療養所及国庫補助二関スル法律」(法律第16号)が制定されたことによる。人口30万以上の都市に療養所の設置を命ずる事が出来るとし、1/2ないし1/6の費用を国庫が負担するとされた。そして、国庫補助による結核療養所建設の件により、6大都市に療養所が建設された。日本で公立療養所として最初に建設されたのは1917年の大阪市立刀根山病院とされている。

軍隊においても結核蔓延の問題が挙がっていた

軍の中では海軍の結核が問題とされ、日清戦争の2年後、1897年には海軍大臣が結核予防に対して将兵に訓示がなされている。特に海軍は密室な環境での業務時間が他の軍と比較して長いことの想像がつくだけに、結核のまん延は避けられない問題であり、兵士の除隊は国力に影響する大きな問題であったことが理解できる。

1901年に日本の結核対策の歴史の中で、最初に制定された法律として「畜牛結核予防法」が発令されている¹⁸⁾。つまり、結核に感染した結核牛の牛乳が感染経路であるとされたのである。当時は牛乳そのものが身近な飲料ではなかった。牛乳の殺菌は、約30年先の1933年に内務省令が改正され、低温殺菌（63-65℃）および高温殺菌（95℃以上20分）のいずれかで良いというように定められた。鎖国していた日本に牛肉を食べ、牛乳を飲料とする習慣が持ち込まれたのは開国して欧米人が入ってくるようになってからであった。欧米諸国では、結核牛からの感染による結核、特に頸腺結核が大きな問題となっていたのである。日本においても牛乳の使用が増える中で、1894年には一部の地域で消毒した瓶詰め牛乳の配達も始められた。1900年には、「牛乳営業取締規則」が内務省令として公布され、殺菌した牛乳を販売するように指示された。当時は牛乳を瓶に詰めて、高温で滅菌する方法が行われていた。その翌年、1901年に農商務省が制定したのが「畜牛結核予防法」である。ウシにツベルクリン反応検査で陽性となったウシは屠殺する制度である。島尾によると「当時は数%が陽性で屠殺されたようである。」¹⁹⁾と述べている。実際に結核牛がいたということには違いない。また、人を対象としては1919年、「結核予防法」が制定されたことから、「当時はヒトの結核対策には、これという決め手になる手段がなかったことから、先ず効果が期待できるウシの結核対策を先行させたものと思われる。」²⁰⁾

1901年に発令された「畜牛結核予防法」の年には、北里柴三郎により結核患者隔離の提言がなされている。

以上のように、人への結核対策が明確でなかった明治期の結核は、人々にとっては身近な普通の病気として認識されていたことは否めないし、感染症と認識していなかった人は予防行動をとっていなかったと推察する。しかし、例えば結核が感染症であるという知識があったとしても行動に至るまでには時間を要すものである。

結核の患者隔離の提言がなされた時期ではあるが、この隔離は戦後まで社会と健康者にとっての隔離であったことから、サナトリウムで療養できる裕福な患者は別として、隔離された結核患者の生活は決してよいものではなかった。

このことを感染症時代の急性伝染病であったコレラの例をとおしてみておきたい。

これらは社会や企業に生命の危機感や恐怖間を与え、それが病人にはねかえり、その処遇を悪化させた。周辺にコレラ患者が発生すると地域社会・企業は自分たちがコレラから逃れるために一刻もはやく隔離しようと試みた。治療法や避病院も完備していないなか、一両日の死者が増えると、健康者の社会は病人の犠牲で危機を回避しようとし、病気の質という差別に階級による差別がかさなると事態は一層深刻となり、殺人に等しい行為がとられるようになったとされている²¹⁾。

細井著『女工哀史』の内容から、女工がコレラに罹患した処遇の悲惨な状況について記されている²²⁾。

大阪にコレラが猖獗を極めた夏に、一人の患者を工場医に隠匿させたことが元で、たちまち全寄宿舎に蔓延した際の患者対応についてである。

このとき会社は所轄の警察署と結託して、隔離室(とゆう)ちよう名目の許もとに三十間けんとはなれぬ同敷地内にバラック健の病舎を急造し、灼熱するトタン屋根の下に荒筵あらむしるを敷いて、二重三重と患者を押し込めた。そして一人の臨時医師を増員して防疫にこれつとめたのであるが、この際真正患者しんせいと診たものは全部助からぬものと断定し、余計な費用や

手数をはぶくため、医師を買収して毒薬を調達させ、患者の飲み薬の中へ混ぜたのである。

薬を飲むや、たちまち患者は七転八倒^{しちてんぱつとう}の苦悶を初めて遂にばたばたと虚空をねめて息ひきとるのであった。するとそれを薄々^{きと}覚った他の患者は、口を緘^{つむ}って薬を飲まない。すると会社は荒くれな人夫に命じて手足をおさえ口を割り、否^{いや}でも応^{おう}でもそれをのませねば措^おかないのである。

いよいよ服ませ終わって苦悶が始まるともう臨終を待つどころか、そのままバラックから文字通り引きずり出して「死体室」という小舎^{こや}へつれて行き、そこで棺桶^{かんおけ}ならざる釘が出てグリスのついた機械の空箱へ詰め、車に乗せては火葬へ運搬してしまうのだった。親が来たら無論伝染病ゆえ警察の命令で直ぐ焼いたと言ってしまうのである。こうしてそも幾百人の女が無念を呑んでかえらぬ幽鬼に旅立ったことぞ”

このような急性感染症であったコレラ患者の処遇から、人権を無視した対応が平然となされていたことがわかる。

これらの流行が全国に波及するようになると、患者の収容施設として病院と名が付けられた「避病院」が各地に設置されるようになった。

しかし、避病院は現在の病院とはかけ離れた施設であった。避病院と医者との関係をみたものでは、1887年の避病院仮規則では医師は輪番で常駐するものとされていたが、現実には常時でなく、警視病院より送った医者が責任をもってみていたのが一般的であったとされている²³⁾。しかも国家もはじめは避病院を病院というより、むしろ病人の収容所とみていたのは、明治前期の衛生統計上から推察されている²⁴⁾。種類別病院数の統計²⁵⁾より、明治初期の1874年から1882年までは、本病院、支病院、癲狂病院、黴毒病院、脚気病院、癩(起癩)病院、貧民病院、種痘病院、眼科病院、産科病院、整骨病院、外科病院、解院と、詳細に分類されているが、避病院の文字は見当たらないこと。この病院統計は、その後総数のみで、1910年から、また種類別統計になるが、この時に伝染病院は一般病院、施療病院、娼妓病院と並んで初めて登場し、この推移より、避病院はながいこと病院として扱われなかったことがわかるであろうと分析されている。また、避病院の実態は、悲惨の一言につきること、“生きている患者を捨てる処”と言われても仕方がない状態であったとされている。

したがって、当時の感染防止の患者隔離は、病人のためではなく、社会や健康者に対する隔離であり、病者の救済どころか処刑と同等の無残な死を遂げた患者の存在もあったのである。医療技術も決め手になるものがなく、病者の自然治癒を待つ他には手立てがなかった時代には、看護の果たす役割が大きかったことはいうまでもない。

このような時代背景も、その後の医療の発展や慢性感染症である結核患者の看護の歴史をみていく上では、病人の処遇の歴史として目をそらすことのできない資料である。

第2節 結核治療

結核治療において、1880年代に積極的に予防が図られた感染症は天然痘であり、幕末に導入された種痘である。種痘とは天然痘の予防接種(ワクチン)のことであり、天然痘以外の予防治療は、戦後までみられない。ちなみに、天然痘は1846年、佐賀藩で大流行し、その3年後の1849年に現在のジャカルタからワクチンを入手し、種痘が成功している。のち

に天然痘ウイルスは、1980年に撲滅されたことにより、自然界に存在しないものとされ、1976年以降は日本では行われていない。

結核治療については明治以降、戦後しばらくの医療技術は、治療面では対症療法に依存せざるをえず、そのために予防に力をそそぐ方が現実的であり、「予防は治療にまさる」が医療政策の基本にすえられていたといってもよいとされている。したがって、コレラや赤痢などの急性感染症の予防といっても、消毒と病人の隔離（避病舎・療養所）に重点を置かざるを得なかった。しかも、このような伝染病対策は、病人というより社会・健康者のための施策という性格が強かったとされている²⁶⁾。

しかし、慢性伝染病である結核について限定すれば、明治期の1882年～1901年の時期には、結核菌と結核の診断につながる発見がなされた時期である。具体的には、「1882年ドイツのコッホ（Koch）の結核菌発見、1898年ドイツのキュス（Küss）による結核菌侵入局所の変化の研究発表（人間においては肺へ吸入感染の起こるという報告）、ウィーンのフォン・ピルケー（Von Pirquet）のツベルクリンによる結核感染の診断、1895年ドイツのレントゲン（Röntgen）のX線発見（1920年実用化）」²⁷⁾がなされている。

1891年には、ツベルクリン治療研究のために3人の医師がドイツに派遣され、また、東京医科大学には肺病治療室が設置されている。

年代ごとに良いとされた結核医療は、青木純一が収集した主な通俗結核療養指導書をもとに、年代別に一覧にして紹介されている。療養方法は、人為的療法という薬剤療法や運動療法などと、自然的療法という人間の自然治癒力を活発にする方法の2つに大別されている²⁸⁾。自然療法は1900年代に多く紹介されているが、結核看護史第I期1882年～1901年に行われたものをみると、「冷水浴、温泉療法、圧気療法、灸療法」の人為的療法が行われ、自然的療法は挙げられていない。

肺結核の外科療法については、1882年にイタリアのC.Forlanini（フォラニーニ）が胸膜腔に空気を入れ肺の安静を図る人工気胸療法を試みている。

日本では戦後、化学療法が普及するまでは、この人工気胸療法が結核治療の中心として行われていった。

結核の医療施設では、1893年、北里柴三郎によりわが国最初の結核専門病院「土筆ヶ岡養生園」が設立されている。この養生園は後に、1914年に北里研究所の創立、1917年に附属病院を開設し、翌年、1918年に社団法人北里研究所が設立されていった施設である。

北里は、1901年に結核患者隔離の提言をしている。この年は「畜牛結核予防法」が発令された年であり、この頃からやっと結核患者を隔離するという感染対策が図られることになったということである。

明治期の医療のありようについては、現代では使われていない代診と呼ばれる存在やお抱えの車夫を持つ開業医がいた。代診とは開業医のもとで見習いをしながら、内務省検定の医術開業試験をめざしていた人で、1911年の医師数が38,824人であった時期に、代診が約1万人あり、相当広範囲に活動していたとされていたことから、明治時代にはそれなりの存在感をもっていたという。また、開業医にあっては、家族をかまえていない、治療費が貸し倒れになるおそれの多い階層の往診依頼には、代診で済ませていたとのことである。流行医においては、人を輸送するための人力車を抱え車夫として持ち、車夫の収入は病家からのチップに依存していたというのだから、貧困者は医者にかかれなばかりか、

中間層にあっても簡単に往診以来ができなかったとされている²⁹⁾。

1901年に北里により結核患者隔離の提言がなされ、やっと感染対策が図られたが、当時の医療は代診が活発であったということから、看護の質も危ぶまれることは察しがつくが、その実態はどのようであったのだろうか。

第3節 看護教育制度

1900年に府県による看護婦規則の発令があるまで、看護婦についての国家レベルでの規定、登録機構の整備はなされていなかった。そのため、看護婦教育・看護婦資格・看護婦の業務は一定せず、身分は不安定であった。明治・大正期の病院数は少なく、看護婦の最大の需要は派出看護婦会による派出看護の仕事であった。この派出看護婦のレベルを一定に保つ必要があり、1900年に「東京府看護婦規則」（府令第71号）が発令された。

これは日本で最初の東京府による看護婦の規則である。

「東京府看護婦規則」が発令されるまでの背景については、看護史研究会による『派出看護婦の歴史』に記載されている³⁰⁾。「感染症の大流行により派出看護婦の需要が急増した」「大関和が自治体の要請を受けて赤痢に代表される急性感染症の患者の看護を担当した」「派出看護婦を需要できない地域では自治体が速成看護婦を養成していた」「派出看護婦の需要の高まりが資格基準も定まっていないうちで質の悪い派出看護婦会を生み出し、未熟な看護婦の養成につながった」ことが挙げられている。この実態を見逃せなかった大関和をはじめとした看護婦会長の働きかけも力となり、1900年に看護婦の取締を目的とした「東京府看護婦規則」が発令され、1915年の全国規模である「看護婦規則」につながったとしている。

その他にも、「東京府看護婦規則」が発令されるまでの背景について、渡辺は、日清戦争ごろには伝染病の大流行に伴い病院が増設されたり、医師も漢方医から西洋医へと徐々に移行し、看護婦の需要も高まっていった。しかし、看護教育は制度化されず、速成看護婦養成所（6か月－1年）の多くは看護婦会や個人病院で教育するようになった。短期間でもこれらの養成所に学んだ者はまだしも、開業医の手伝いで見よう見まねの技を使って、悪徳で収入を得る看護婦まで現れるようになっていった。これらの動きは、日本最初の東京府例看護婦規則（明治33年6月）発令となったと、当時の看護婦養成の実態について述べている³¹⁾。

「東京府看護婦規則」は、官公立、私立病院の看護婦を除く派出看護婦および開業医で働く看護婦を対象として、医療行為の禁止、看護婦による看護業務制限が出され、この規則の目的は取り締まりの要素が強くされたものである。同年11月には、第1回看護婦検定試験が施行された。志願者は、看護婦試験願、修業履歴書を提出し、学科試験を受けた。試験科目は、看護法、解剖生理ノ大要、伝染病予防消毒法である。学科試験合格者には実地試験を行い採点がある。1902年11月看護婦試験の状況は、出願者81名、受験者75名、合格者18名（士族6名、平民12名）であった³²⁾。

府令発令後の動きについて渡辺は、看護教育は依然として看護婦会、開業医などの見習看護婦が短期間講習後に検定試験で資格を得ることが最も多く、そのため精神的看護婦の心得は生まれてこなかったと述べている³³⁾。

翌年、1901年「東京府看護婦規則」が改正され、官立・府県立病院で3年以上の修業年

限を有する学校、養成所の卒業生を無試験で免許を与えた。該当の病院は、有志共立東京病院、東京市養育院、日本赤十字社病院などである。無試験で看護婦資格を与えた理由には、この時代に起きていた社会的背景が大きい。日清・日露戦争から、その後の第一次世界大戦へと相次ぐ戦時下の中で傷病者が増えたこと、産業革命による資本主義の急速な発達、不衛生な生活環境と貧困による栄養不足などにより感染症患者の増加をもたらしたことなどである。農村では国税の中軸を占める地租や年貢に苦しむ農家の若い女性が、紡績工場や女中、娼妓として働かざるを得ない生活状況にあり、看護婦を希望する者は都市の病院や開業医院、派出看護婦会に住み込みで働きながら看護婦資格を得ようとする女性が増加した。

看護婦規則は、最初に東京府の発令から始まり、その後、各府県においても府県レベルで看護婦規則が発令され、1914年までに29府県に及んだ。

その後、1900年に公布された「東京府看護婦規則」から15年を経て、1915年6月30日にやっと全国的に統一された「看護婦規則」(内務省令第9号)が制定された。この規則では、「看護婦は公衆の^{もとめ}需に応じ、傷病者又は褥婦看護の業務を為す女子をいう」とされ、18歳以上で地方長官の実施する看護婦試験に合格した者、あるいは地方長官の指定する学校または講習所を卒業し、地方長官の免許を受けた者とした。³⁴⁾ここに至るまでには各府県で東京府令を参考にして看護婦取締規則が出されたが、年齢や資格などを下げたものであった。

このように1900年から看護婦資格に関する法律が制定されたが、制定に至るまでにはそれまでの過程が存在するものである。したがって、さらに歴史を辿り、18世紀の看護教育は、どのような場でどのような養成が行われていたのか、国内に蔓延していた結核看護の歴史を明らかにしていく上でおさえておく必要がある。

日本の最初の看護教育制度は、産婆に関するものであったことから、看護教育制度の創始であった産婆の歴史を辿っておく。1868年、明治政府が太政官布達で産婆規則を布告し、墮胎や売薬の取り扱いを禁止した。その背景には、当時の庶民の暮らしは困窮し、墮胎や間引き、捨て子、餓死者は後を絶たなかったからである。しかし、本来の産婆の仕事は、自身の経験の蓄積をもとに、妊産婦の世話・指導・相談、新生児の世話、分娩の介助をはじめ、産科手術などであったが、産婆は妊産婦を幫助するために、ときに墮胎等を余儀なくされていた。明治元年には、明治政府が太政官布達で産婆規則を布告し、墮胎や売薬の取り扱いを禁止している。また、富国強兵策などにより、子どもを”生産力”と捉え、国や家の経済発展のために育児を奨励していくようになった。

1874年「医制度」が制定され、この中に産婆の資格と役割などが規定され、医師と産婆の業務が法的に区別された。翌年、1875年には「産婆免許規則」が訓令され、産婆教育が始められた。産婆を教育する方針も示され、西洋医学に基づく本格的な産婆教育が展開されるようになっていった。

しかし、養成教育の近代化は、1899年7月19日に勅令として制定された「産婆規則」と「産婆名簿登録規則」が発布されてからである。これによって、はじめて産婆に対する免許制度が確立し、職業としての資質水準の統一が図られたのである。「産婆規則」では、地方長官が行う試験に合格することが必要である。1年以上の産婆の学術を修業した人に学説試験をし、その合格者に実地試験が行われ、合格した20歳以上の女子が産婆名簿に登

録することによって、産婆業務を行うことができた。

1910年の「産婆規則」改正により、産婆資格取得が変更された。産婆資格取得は、①内務大臣の指定した学校または講習所を卒業した人、または、②産婆試験に合格した人である。産婆試験は検定試験のことである。検定試験は尋常小学校卒業でも受験が可能であった。①の学校または講習所は、入学資格を高等小学校卒業者として2年間の教育を行った。当時の義務教育は、尋常小学校6年までであり、女子の高等小学校への進学はわずかであったので、産婆学校および講習所の卒業生は高学歴である。

産婆の教育制度は、その後、1912年に「私立産婆学校産婆講習所指定規則」ができた。この産婆規則による産婆には看護業務を行う資格はなかった。産婆講習所の専門科目は、医師によって教授されていた。

西洋医学に基づく新しい教育においては、腹帯の目的も変更され、胎児を大きくしない目的から、母体と胎児の保護へ、また、分娩介助では、従来、胎児の娩出を重視していた分娩介助から、母体の会陰保護重視の導入がなされ、新生児には眼病予防のための点眼がなされるなど、より母親の身体と新生児を守る科学的な視点でのお産へと進化した。後には人口政策により全国各地で出産が増加し、正規の産婆教育だけでは養成が間に合わない事態も引き起こり、昭和の初期までは簡単な試験で合格できる制度ができたり、学校を卒業すれば無試験で産婆登録ができるような制度の変更がなされた。

戦後はGHQの方針により、看護全体としての団体結成に努力するよう指導が入り、3つの職能団体が統合され、日本産婆看護婦保健婦協会として設立された。当時の職能団体とは、日本産婆会、帝国看護協会、日本保健婦協会である。1948年には、保健婦助産婦看護婦法が公布され、従来は助産婦に改称され、1951年の法改正施行によって、助産婦の資格にも国家試験が課せられるようになった。この法律により、看護婦教育を基盤とした助産婦教育制度が定められた。GHQは、看護の大学教育化を進めたが、当時は実現しなかった。また、教育水準の統一を図るために、看護教育機関への入学を大学入学資格と同等、高等学校卒業とし、免許もそれまでの県登録の業務免許から国登録の生涯免許に改正された。

このように看護婦教育制度の始まりは産婆であったこと、そして後には、看護婦教育を基盤として助産婦教育制度が定められるようになったという経緯をみた上で、看護教育制度の歴史について述べる。

また、看護教育に関する看護書等に関して残されているものは「産婆・看護婦により著された看護書等」³⁵⁾として紹介されている。

発刊年	書籍名	著者名(教育背景)
1892(明治25年11月) ^{注1)}	産婆十三戒	笹川ミス(新潟医学学校付属産婆教場卒)
1895(明28)	赤痢虎列刺病看護法	田中定(京都看護婦学校7回生)
1896(明29)	看病の心得	平野鑑(東京慈恵医院看護婦教育所7回生)
1897(明30)	八種伝染病看護法	田中定(京都看護婦学校7回生)
1899(明32)	看護婦派出心得	大関和(桜井女学校付属看護婦養成所1回生)(写真21)
1901(明34)	八種伝染病看護法	油川太嘉(日本赤十字社病院卒と本人述)
1907(明40)	誤解矯正安産手引	小林春(産婆：教育背景不明)
1907(明40)	看護日誌摘要字引(初版)	山上歌子(教育背景不明：博愛看護婦会所属)
1908(明41)	実地看護法(初版)	大関和(桜井女学校付属看護婦養成所1回生)(写真22)
1908(明41)	新撰看護学	清水耕一(日本赤十字社看護婦養成所1回生1897卒)
1910(明43)	実地看護法(3版)	大関和(3版は初版より26頁増)
1911(明44)	看護日誌摘要字引(4版)	山上ウタ(用語は初版の2100余から3400余に増)

注1)『産婆十三戒』は蒲原宏氏(前日本医史学会理事長)により報告された(1893)。笹川による冊子形態の私家版であり笹川が創設した「新潟私立産婆養成所」でテキストとして使用された

資料 2-1 日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ、
日本看護協会出版会、東京日本の歩み、224.

初めて著された書は、1892年『産婆十三戒』からである。これらの著者の中には、看護の歴史に著名な平野鑑、大関和の存在があり、その著作はこの後の結核看護史に沿ってみていくこととする。

日本で最初に看護教育が行われたのは、1885年に東京において、高木兼寛忠³⁶⁾らによる有志共立東京病院看護婦教育所(後の慈恵会付属看護婦講習所)である。高木は、ナイチンゲール看護婦訓練学校の看護婦による教育をめざし、来日中のアメリカ長老派協会宣教師である看護婦のリード(Mary E. Reade)を招聘し、1885年に2年間の雇用契約を結んだ。

当時の教育者の募集は新聞広告によるものであった。1885年から入学試験が行われ、対象は17歳以上25歳以下で身元引受人があることを条件としていた。この試験で見習い生を採用し、病室での2~3か月の見習い期間を経て、適性を認められたものが試験を受け、生徒として採用され、その後、2年間の教育を受けるという流れである。最初の見習生は13名で、その内、生徒に採用されたのは5名であった。この生徒の教育場所は主に病院内の実習であり、教育所での講義は数時間であった。看護婦に必要なことは、知識・技術を持ち、患者の身になって看護ができること、正しい作法を身に付け、看護にあたっては謙遜・辞讓・温和であった。1回生の履修科目は解剖学大意、生理学大意、衛生学大意、看護法であり、評価は臨時の小試験と卒業前の卒業試験によって行われた。生活の場は見習い生として採用された時から寄宿舎生活で、この生活の場においても指導が行われた。

卒業生は、教育所に所属し病院内での看護に従事する他、入院中の海軍大尉らの派出看護を行った。当時の卒業生の活動は、病院内に留まらず、派出看護、救護看護であった。1891年の濃尾地震では「医師、看護婦、薬剤師がチームを組み、救護活動にあたった」³⁷⁾ことから、災害時の看護は、1世紀以上も前から医療チームとしての役割を果たし、看護婦は医療に必要な一員として望まれていた。

このように有志共立東京病院看護婦教育所の卒業生は看護の実践だけでなく、著作においても看護に関する考え方や看護の方法について意見を述べた著作を残している。卒業生

の平野鑑は、1896年『看病の心得』という題名で6章を設けて書いている。これは、当時の家庭看護の向上を目指して書かれた書である。

高木らによる有志共立東京病院看護婦教育所が開設された翌年、1886年には新島襄³⁸⁾らによって京都の京都看護婦学校において看護婦の養成を開始した。アメリカン・ボードの宣教師として帰国した同志社英学校校長の新島襄と医師のペリー（John C. Berry）が、同ボードからの資金提供と日本人509名からの寄付金を得て京都看護婦学校を開設した。同時に開院されたのが同志社病院であり、この病院を実習施設とした。京都看護婦学校の初代看護監督には、ナイチンゲール看護婦訓練学校の教育を見学研修してきたリチャーズ（Melinda A. J. Richards）が就任した。その後、スミス（Ida V. Smith）、フレーザー（Helen Fraser）と3代にわたる外国人婦長によって看護の専門教育が行われた。開学初期の入学資格は、30歳から40歳で就学期間を2年間とし、最初の1か月は仮入学で適否をみる期間であった。修学中は校舎内に居住して、看護婦助手として勤務した。また、聖書の講義や礼拝も行われた。看護はキリスト教の間接的な伝道であった。しかし、後の財政困難により1906年に廃校となった。1890年の新島襄の死亡により、アメリカン・ボードからの援助が途絶え、次第に財政困難となり、1906年、同志社理事会が廃校を決定した。京都看護婦学校は、産科医師で講義を行っていた佐伯理一郎に委任され、佐伯の医院内に移管され、1941年の閉校まで校名は受け継がれた。

京都看護婦学校の卒業生は、学校に残り助手と婦長を兼務する人もいた。また、京都帝国大学医科大学附属病院の初代看護婦長を担った人もいた。1892年以降、家庭に出向く派出看護や貧民に対する無料の巡回看護等を本格化させ、高評価を得た。1893年には3回生と5回生の卒業生らが京都看病婦会を組織し、1896年に同会に付設の私立京都看病婦学校を設置した。ここでは、1890年より産科医師による講義も行われ、産婆の免許取得もでき、無料の妊産婦収容施設も設置された。後に起きた日本史上最大の内陸地殻内地震であった濃尾地震では災害救護に参加し、日清・日露戦争では日本赤十字社京都支部や広島支部の救護員として活動した。

京都看護婦学校は、キリスト教を礎として看護教育が行われたが、仏教精神による看護教育施設も設立されている。1891年の濃尾地震以降、京都では看護婦養成が活発に行われた。1893年に大日本仏教訪話会による京華看病婦学校、1898年に浄土真宗本願寺派の本願寺看護婦養成所、1903年に真宗大谷派桜花義会の桜花義会看病婦学校が設立された。授業科目には仏教の教えも含まれ、患者の求めに応じて看病慰撫することを重視した。実習は、京都府立医学専門学校や京都帝国大学医科大学附属病院などの近代的な病院で行われた。

櫻井女学校付属看護婦養成所の卒業生である大関和は、よく知られている人物である。派出看護婦会を設立し、その実践を基に1899年『看護婦派出心得』、1908年『実地看護法（初版）』³⁹⁾を書き残している。ここでは、結核看護史第Ⅰ期にあたる1901年までの著作である『看護婦派出心得』を紹介する。『実地看護法』は次の結核看護史第Ⅱ期でみていくこととする。

櫻井女学校は1876年に櫻井ちか⁴⁰⁾が創設した。櫻井が校長を務めた後は矢島楯子⁴¹⁾が校長を務めた。櫻井女学校の中に看護婦養成所をつくったのは、宣教師マリア・T. ツルー（Maria T. True）⁴²⁾である。ツルーは、矢島が校長であった1880年に櫻井女学校に着任した。1886年に櫻井女学校の分校に看護婦養成所が付設され、看護の指導は、エジンバ

ラ王位病院看護学校の卒業生であるイギリス人のアグネス・ヴェッチ (Agnes Vetch) が行った。在日期間は 1887 年から 1 年間である。看護婦養成所の修業年限は 2 年であったが、養成所には看護実習をする病院がないため、帝国大学医科大学附属第一医院に委託生として受け入れてもらい、ヴェッチの指導を受けた。1888 年に 1 回生の卒業生は優秀であり、看護界への貢献が大きかった。卒業生の大関和は、同医院の外科看護婦取締として採用され、鈴木雅子は東京看護婦会会頭になっている。残念ながら櫻井女学校付属看護婦養成所は、1906 年に財政難のため閉鎖された。これまでの卒業生は 20 余名とされている。

1889 年には、帝国大学医科大学附属第一医院に看病法講習科が設置された。実際にはその前に講習修了生を 2 回送り出している。1 回目は櫻井女学校付属看護婦養成所の 1 回生であった大関和ら 6 名が、病院実習のために委託生として入り、アグネス・ヴェッチの指導を受け、2 年間の看護法、実地練習過程を経て Trained Nurse となって第 1 回の修了証書を受け取っている。しかし、2 回生はかなりレベルが低かったことから、看病法練習証明書を授与されている。1892 年には 1 年の講習科卒業後、満 2 年を看病婦として勤務した者に限り正式の看病婦の証明書が与えられた。1897 年には高等看病婦養成所を開設し、講師は病院の教授が行った。卒業生は、管理者としての道を歩むことになる。履修年数は、1908 年の入学生から 3 年コースとなり、地方の大学病院看護婦養成所のモデルとなるような改革を行った。

日本赤十字社の創立者である佐野常民は、1877 年に日赤の前身となる博愛社を設立した人物である。設立は、以前渡欧の際に見聞した国際赤十字事業にならったものである。時代は西南戦争の最中である。1886 年、博愛社から日本赤十字社へと改称したのは、日本政府のジュネーブ条約加盟の翌年である。日本赤十字社は、1890 年 4 月から日本赤十字社病院において全国規模で看護婦養成を開始した。看護婦養成の目的は、赤十字に基づく戦時救護活動の担い手である。教員は、主に帝国大学医科大学別科の卒業生である委員であった。また、初代看護監督は、高山以降、卒業生が歴代看護監督を務めており、そのなかには萩原タケ⁴³⁾の存在がある。

支部で看護教育を受けて卒業した人は、府県立病院等で行われた支部での看護婦養成に携わり、地方の看護婦養成や講習所設立のきっかけをつくっていった。看護婦養成を始めてから 6 年後の 1896 年に改めて本社で支部の模範看護婦を養成する制度を定め、養成期間を 3 年に統一した。そして、1899 年以降、実習のみを東京の日赤病院で行う実務練習生制度を設けた。また、その後、全国で支部の日本赤十字社病院が設置されたことなどにより次第に看護婦養成水準が高められた。

卒業後の活動は、第 1 回生が 1891 年の濃尾地震で災害救護に携わった。次第に活動の場を広げ、翌年、1892 年には日赤事業に天災救護が含められた。卒業生は、実習病院に勤務する人や、派出看護婦会、支部の監督下に設けられた外勤部に所属する人など、平時は地域医療に貢献した。戦争や災害時には召集を受けて救護活動に携わっていった。20 世紀に入ると、1907 年から看護婦長候補生の養成が始められ、1928 年には公衆衛生活動を目的とした、社会看護婦の養成が開始されていく。

当時の学業および実務練習は、「本社看護婦・支部選出看護婦・京都支部看護婦養成所における教育課程」⁴⁴⁾に紹介されている内容である。

本社看護婦・支部選出看護婦・京都支部看護婦養成所における教育課程

	本社看護婦 3年半課程	支部選出看護婦 (模範看護婦)2年課程	京都支部看護婦養成所 1年課程
学業	1年半	1年半	半年
	教科：解剖生理、消毒法、看護法、治療介補、 包帯法、救急法、傷者運搬法、実地練習		解剖生理、伝染病、眼科等、病者看侍、 薬物治療他、創傷・止血等
	教科書：①陸軍省『看護卒教科書』 ②足立寛『看護婦教程』6冊綴		参考書を授け、 聴講もしくは口述筆記
	学費として月額5円支給 (本社支弁)	学費として月額5円支給 (支部支弁)	修業費として月額2円40銭支給 (支部支弁)
実務 練習	2年 希望すれば本社病院で勤務 可能	半年 卒業後、地方で実地業務に 携わり研鑽を積むこと	実習： 医学校学用患者および療病院入院患 者を受け持ち看護を学ぶ他、病院各 科診察室手術室など順次配置
	給与として看護婦一般給料の上級額を支給 地方における看護婦の需要と本人の勤務状況により上下して 差し支えない		

資料 2-2:36) 日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ、
日本看護協会出版会, 東京, 218.

その後、1889年には帝国大学医科大学附属第一医院看病法講習科、1890年に日本赤十字社病院看護婦養成所において看護教育が行われた。日本赤十字社を除いてはキリスト教宣教看護師の指導あるいはナイチンゲールによる看護教育などを模範とする女子教育および西欧文化の受け入れとして開始された。有志共立東京病院看護婦教育所は、皇室華族の拠金により設立されており、上流家庭への派出看護を目的とされていた。櫻井女学校附属看護婦養成所と同志社病院京都看護婦学校はキリスト教精神を教育理念とし、看護教育をとおしてキリスト教の伝道を目指した。同志社病院京都看護婦学校では、着任したリンド・リチャーズ⁴⁵⁾の指導を受けて、1892年に巡回訪問看護活動が開始された。いわゆる地域の貧困者への家庭訪問である。巡回訪問活動は日本では初めてであったが、イギリスのリバプール市ではすでに1859年から始められており約30年を経ている。これらの教育施設の卒業生は、派出看護婦として上流階級の家に住み込みで看護を行い、新設の病院の指導者として迎えられた。

その後、キリスト教に関連した教育施設や国や皇室、財閥等の背景を持たない養成校は衰退した。その一方で、帝国大学病院では、アグネス・ヴェッチ⁴⁶⁾や、実習生として受け入れた櫻井女学校の1回生らの指導により、付添い看護婦としての訓練が行われた。

1887年には高貴な出自の篤志看護婦人会を発足させ、戦時の軍人患者の看護にあたらせた。この篤志看護婦人会は、3年度の1890年から始めた救護看護婦養成に向けたイメージアップのためであった。

1) 男性看護人の養成

近代以降の男性看護者はいつごろから、どのような目的で、どのような名称のもとに存在していたのかということについては、寺山らによる「名称の変遷にみるわが国の男性看護者の歴史ー近代から現代までの名称に関する文献的考察ー」⁴⁷⁾で明らかにされている。

寺山らは、男性看護者の名称の変遷について年代順に、「看病人」「壮兵看病卒」「救助人」「看護補員」「看護卒」「看護人」「看護士」としている。

その後、女性の「看護婦」と男性の「看護士」が「看護師」と名称変更されたのは、2001

年「保健婦助産婦看護婦法の一部を改正する法律」（平成 13 年法律第 153 号）により、「性別による相違をなくする名称の統一」として「看護師」と改められ、2002 年 3 月より施行されている。

以上が男性看護者の名称変更の大きな流れであるが、寺山の文献を頼りにもう少し具体的にみていく。

まず、看護の始まりについて新村は、仏教医学と看護について調査した「死と病と看護の社会史」⁴⁸⁾において、「看病禅師」による看護を看護のはじまりとして指摘している。つまり、治療行為を行う僧尼に随行した看病禅師という僧侶の第一の仕事が病を看ることであったという。「看病人」の「看病」は、古語大辞典によると仏教用語として、平安時代の弘仁 3 年（812 年）の官符に用いられ、「僧が病人のために、加持祈祷すること」「病人を看護すること」という意味があり、また、「近世には、自分自身を看護する意から、病気の保養、療養の意に用いた例もある」⁴⁹⁾。したがって、病人を最初に看護した人は男性とされている。

「看病人」は傭人として雇われたので、特別の教育は受けていなかった⁵⁰⁾。また、「看病人」の目的は、日常生活の看病ではなく、軍事における男性看護者の必要であった。

その後には、「看病人」という名称から、軍事における下級の軍兵として看病をする「壮兵看病卒」という名称に変更がなされた⁵¹⁾。「壮兵」とは強い兵隊のことであり、「看病卒」は「卒」の字源が「しもべ」「下級の軍兵」などという意味があることから、軍事における下級の軍兵（「兵卒」）で、役割は看病する者と解釈され、男性看護者の軍事における機能がさらに明確化された⁵²⁾。

1879 年に「救助人」と称する男性看護者が東京府癩狂院で誕生した⁵³⁾。「癩狂」は漢方医学で精神疾患の総称である。「精神医療の未発達時のことであり、その役割は暴れる人を押さえつけて手錠や足錠をかけることなど、力で押さえつけることにあった。すでに男性看護者として登場している「看病人」や「壮兵看病卒」という名称とはまったく別の名称になっているのは、軍事との関連がまったくないところからの誕生であったことによる。」⁵¹⁾しかし、名称のみで精神病の教育はなく何ら資格もなかった。

1880 年には、戦時における看護主員と救療看護にあたる者のための「看護補員規則」が制定され、男性看護者は「看護補員」という名称に変わった。戦争における受傷・治療に関係する職務であり、採用には選定条件もみられた⁵⁴⁾。

ここでは「看護」が使われている。寺山らは「看病」から「看護」に変化していることについて、1877 年に医師の太田雄寧(1851-1881)が「看護心得全」⁵⁵⁾ ⁵⁶⁾を著してあることに注目し、そのころから言葉の使い方が「看病」から新しく「看護」へ変わりつつあったのかもしれないと分析している。この 1877 年の「看病卒」から「看護卒」に変化し、最も重要であったことは教育の制度化であった。

1883 年「徴兵看病卒取扱手続き」によって軍事における男性看護者という位置づけが明確になり、同手続き第 9 条には「第 1 教科（基本体操術・生兵徒歩教練・看病卒心得書）、第 2 教科（人体造構の概略・三角包帯用法・看病卒背囊入諸品・患者運搬法）、第 3 教科（救急要法・包帯通術ほか）を教習し 6 ヶ月間で卒業させる」ことが定められている⁵⁷⁾。

「看護」と軍との結びつきを示す「卒」という組み合わせが示す意味は、「看護する下級

の軍兵」であること、また、「看病」から「看護」へという名称の近代化は看護教育の近代化でもあったと述べている⁵⁸⁾。

「看護人」の名称のはじまりは、日清戦争を前に日本赤十字社が開戦を想定して救護員派遣準備を行った時点からである⁵⁹⁾。救護員とは、「『医員』『調剤員』『看護人』『看護婦』によって編成された医療チーム」⁶⁰⁾のことである。寺山らは、同じ軍事でありながら、「看護卒」ではなく「看護人」として名称がつけられているのは、出自が軍隊でなく日本赤十字であり、軍とは立場の異なる民間人であるという差異をあらわしているとみている⁶¹⁾。

日本赤十字社ではこの前から、軍隊の戦時救護活動にすでに欧米をモデルとして「看護婦」（女性）を参加させようという動きがみられ、看護婦養成を開始していた。開戦以前は日赤での「看護人」養成を行っていないが、戦時救護の中心的担い手として戦地や軍用船内での救護には男性の看護人が陸軍から求められ、「看護人」の募集と採用にいたっている⁶²⁾。即戦力として「陸軍看護手の経歴をもつ者」「医学生」「篤志者」という選抜基準が設けられたりしているが、船内救護員である「看護人採用手続き」においては学歴条件がなく、日常生活の読み書き・計算能力、性格特性「性質順良」の者となっていた⁶³⁾。養成期間も支部の事情により様々で、いづれにしても数日間から1ヶ月の速成教育であった⁶⁴⁾。その後、精神病院においても従来の「救助人」から「看護人」へという近代化がおきている⁶⁵⁾。

精神病院における名称の変更を示すものは、1906年の「東京府看護婦（人）養成規則」に「看護人」という名称が認められることである⁶⁶⁾。1915年の「看護婦規則」においては、附則で「男子たる看護人は本令の規定を準用す」とあり、看護婦試験を受けたのちは「看護人」という有資格者として認定されることとなった。この時点において、男性看護者と軍とのつながりを示す記述はみられない。「看護人」としての活躍の期間は、次に名称が変更されるまでの約50数年間と長く、この間の看護人養成は精神病院に付属して設置された養成所を通して行なわれてきている⁶⁷⁾。

看護教育では、1951年「保健婦助産婦看護婦学校指定規則」において、看護教育の内容が男女とも同一であったものが、1956年に改訂され、男子学生の産婦人科実習を精神科実習に読み替えることとなり、その後、1987年まで継続された。

1968年の「保健婦助産婦看護婦法」改訂により、「看護人」から「看護師」に名称変更され、寺山らは、一般に男性を強調した尊称としてみてよいだろうと述べている¹⁾。

また、「看護師」の職域については、1987年にカリキュラムが改正されるまで、産婦人科実習の精神科実習への読み替えによって、精神科にかかる比重が大きく、精神病院の場が大きかったと述べている⁶⁸⁾。これは現在においても言えることであり、看護を学ぶ学生にとっては、学習の場における経験が職場選択の1つとなっていることに大差はない。

戦時下において先に触れた日本赤十字社における看護人の雇用と看護人の養成について、もう少しみておきたい。

佐野常民らが設立した博愛社は、1877年の西南戦争での傷病兵を救護するにあたり、男性看護人を雇用して戦地に派遣した。この時にはまだ婦人の参加はなかったのである。その後、博愛社から日本赤十字社へ改称後、ドイツなどの赤十字社と同様に看護婦養成を開始した。そして、1890年からは戦時における救護看護婦養成を始めた。しかし、女性であ

る救護看護婦の戦地への派遣は 1914 年の第一次世界大戦以降になされたのであった。それまでの活動は、国内での陸軍予備病院や病院船という患者輸送船での救護活動を行っていた。戦地への派遣については陸軍から、負傷兵が女性の看護を受けることによる風紀上の危惧などがあったからである。「戦地において立派な戦功を立てた名誉の傷病者が、女の看護を受けるため万一何か風紀上の悪評でも立ったら、せっかくの戦功を傷つけるに至るおそれがある」とされていた⁶⁹⁾。

日本赤十字社は、陸軍の方針に従い、看護婦養成を開始して 6 年後の 1896 年から看護人養成を始めた。この養成の背景には、日清戦争において戦地で看護兵が不足したことがある。その一方、軍隊以外の医療は、男性の医師と看護婦による診療体制が進み、また、看護婦の救護は病院船や国内の陸軍予備病院では評価が高く、次第に看護人の活動の場が限られていき、1920 年代以降は看護人の養成は行われなくなった。その後、1930 年代以降は、救護看護婦のみの派遣がなされることとなった。

2) 日本で最初の病院看護婦

日本で最初の病院看護婦については、杉本かね子らとされている。

日本の病院では、患者を収容する施設、すなわち病気の手当てをする養生所として設けられた。それゆえに病院で看護が女性たちの手によっていつ頃始められたのかは、明らかでないといわれている。江戸時代に小石川養生所にも女性たちが働いていたが、それすらもはっきりしていない。長崎養生所は、日本近代西洋医学最初の病院といわれるが、そこには女性の姿が見られない。歴史的に明らかなのは、明治元年、東京帝国大学医科大学付属病院の前身、大学南校の病院で看護婦が公募されたが、そこに登場した杉本かね子らが、日本最初の病院看護婦といえるだろうとのことである⁷⁰⁾。

付表 2 看護教育制度の沿革 (近代看護教育の歴史と教育制度)

年月	教育機関名および資格など	修業年限	関連制度など
1874(明7)			医制発令：産婆に関して年齢、教育、免状、業務、投薬に関する規定をしたが実施されず
1875(明8)5.			医制改正：産婆業届け出
1876(明9)	東京府病院内産婆教授所	3年	産婆養成と仮免許状下付
1879(明12)	同上産婆30名卒業		内務省より本免許状下付
1885(明18)4.	有志共立東京病院看護婦教育所(現慈恵)	3年	M.E. Reed (1884(明17)10招へい)による近代の看護婦育成の礎 6か月見学期間を経て、週2回の講義が行われた
1886(明19)4.	同志社病院京都看護婦学校	2年	Linda Richardによる(1906(明39)、廃校)
11.	キリスト看護婦養成所(桜井女学校、現女子学院)	2年	Mrs. Trueによる。1年講義、1年実習、Agnes Vetchが指導
1888(明21)2.	帝国大学医科大学付属医院看護病法講習科	2年	Agnes Vetchが指導
1890(明23)4.	日本赤十字社看護婦養成所	1年6か月	(明26.3年6か月→明29.3年)卒業後2年病院勤務、20年の応招義務
10.	帝国大学医科大学第一医院産科教室に産婆養成所を設置	10か月	
1896(明29)10.	順天堂医院看護婦養成所	6か月	講義3か月、実施3か月、卒業後義務5年
1898(明31)	東京医科大学付属医院高等看護病法講習科		(看護婦長養成)数年で廃止
1899(明32)7.			産婆規則制定
1900(明33)7.	◇20歳以上の女子 ◇施行前2年以上の業を営み、施行後6か月以内に出頭すれば、詮議の上無試験 ◇官公私立病院内で働く看護婦を除く		東京府看護婦規則(府令第71号)：医療行為の禁止、看護婦による看護業務制限、官公立、私立病院の看護婦を除く派出看護婦および開業医で働く看護婦を対象としており、取り締まりの要素が強い
1901(明34)12.			東京府看護婦規則改正：官立・府県立病院で3年以上の修業年限を有する学校、養成所の卒業生を無試験免許(該当は東大、東京市養育院、日赤など)

資料 2-3 杉森みど里, 舟島なをみ(2012)付表 2 看護教育制度の沿革(近代看護教育の歴史と教育制度), 看護教育学, 医学書院, 東京, 422. (左から年月・教育機関名および資格など・修業年限・関連制度など)

第4節 結核患者の看護実践

1. ナイチンゲール方式の近代看護婦教育を受けた看護婦による急性感染症看護の明文化

1885年からナイチンゲール方式の看護婦教育が始まり⁷¹⁾、明治期のこの近代看護教育に基づく看護婦養成は、年代によって分類されている⁷²⁾。

明治10年代後半にアメリカ合衆国出身のプロテスタント系宣教師たちが開始した形態、明治20年代の日本赤十字社および私立病院が開始した形態、明治30年代の大日本私立衛生会、さらには地方の行政機関が伝染病患者対策として開始した形態に分類されている。

明治期の日本では急性感染症が繰り返し大流行したが、専門的な看護婦教育はこの頃から始められ、感染症看護ができる看護婦は限られた人数しかいなかったとのことである。

彼女らが教育を受けた「ナイチンゲール方式」とは、①理論と実践（講義と実習）を結びつけた教育方法、②看護師の教育は看護師の手で行う、③学校は教育の場であり病院や医師に隷属しない、④学生が労働力とならないために財政的に独立する、⑤あらゆる宗教や手技から独立しており思想的に自由である、⑥近代的な一職業として看護を確立する、⑦患者にとって何が優先するかを冷静に見極め、その遂行のためには容易な妥協を認めない患者第一主義を貫く主体性と誇りを持つ、ことであった⁷³⁾。

ナイチンゲール方式の近代看護教育が始まった3年後には、1888年に有志共立東京病院看護婦教育所、京都看病婦学校、桜井女学校附属看護婦養成所において看護婦教育を受けた卒業生が誕生し、その後は、帝国大学医科大学、日本赤十字社、聖路加病院の養成へと続き、それぞれの卒業生の中から「看護書」を出版する者が現れた。

結核看護史第I期にあたる1901年までには、平野鏡⁷⁴⁾『看病の心得（1896）』、田中定⁷⁵⁾『八種伝染病看護法（1897）』、大関和⁷⁶⁾『派出看護婦心得（1899）』が出版されている。大関和による『派出看護婦心得』の執筆動機は、速成看護婦の増加による看護婦の質の低下を問題視していたことと、彼女自身が赤痢やチフスの隔離病舎で活躍した経験が豊富なため、患者のことも気がかりだったからである⁷⁷⁾。

これらの著書には、医師の指示による医学的処置や、患者の日常生活支援として必要な環境整備、安静、食事、排泄、清潔などの援助を行うことや、患者の心理面の支援について記されている。

上坂らは、これらの著書に1901年以降に発刊された、大関和『実地看護法』（1908）、清水耕一『新撰看護学』（1908）⁷⁸⁾らの著書を含め、その共通点について、「看護婦・看護人の心得」としての看護観（危篤重軽症問わず病人に対する看護の倫理的規範）が基盤にあると述べている。

近代看護教育を受けた卒業生が出版行動を起こした理由については、上坂らが、彼ら自身の看護の実践を重ねた結果、最大に関心ごとであった感染させない技術的方法や病人を回復させる経験知を獲得し、役割として他者に伝えたかったこと、またその目的には、国民の脅威であり死者数甚大な急性伝染病看護法の総合的な予防・対処法や伝染病以外の普通病の看護法を、病人の家族、看護職の養成・実務に役立たせることにあったと述べている⁷⁹⁾。

明治初年、欧米の看護教育を継承した看護学校およびその卒業生たちは、設立主体によ

って異なるそれぞれの道を歩んだ。有志共立東京病院看護婦教育所は、慈恵医院を基礎として富裕な上流階級の派出看護へ、東京帝国大学付属病院看護法講習科は、医学教育を目的とした病院での医師の介補を主とした看護に、日本赤十字看護婦養成所は日清・北清・日露の戦争での救護看護活動、また宮中の奉仕看護、さらに外勤務からの派出看護などと、個々の病院が有する特質によって、欧米の看護とは別の方向に流れていった。これらの学校に比べ、同時代に創設された京都看病婦学校や桜井女学校付属看護婦養成所は、病院施設の規模も小さく、桜井は病院すらなく、キリスト教の布教活動とともに、地域の中に看護の道を広げていった⁸⁰⁾。

2. 派出看護婦に求められた急性感染症看護

次に、当時の療養所および病院での看護についてみていく。

明治期の病院は、伝染病患者を強制収容する伝染病院などが存在するに過ぎず、当時の医療および看護の主流は開業医の医療であり、派出看護婦による看護であった。

このことは、川上武の著書『現代日本病人史—病人処遇の変遷—』においても、「看護の主流はながいこと（ほぼ戦前）派出看護婦にあったといえよう」⁸¹⁾と述べている。

そして、病人にとっても付添看護への期待が高かった背景として、「医療技術として対症療法→自然治癒に依存せざるをえない時期には、家庭での安静・食事・看護のいかんが病人の予後・運命を決定したといってもよい」⁸²⁾という当時の医療技術のレベルを指摘している。また、この時代の感染症看護は、家庭内における感染防止が重要であり、それだけに家庭看護において患者を看護できる専門的な看護技術が必要とされていた。

では、病人の家族による看護の捉え方はどのようなものであったのだろうか。

家庭看護については、当時の女学校のテキストを分析し、主婦のたしなみとして家庭看護の方法について書かれていたことが明らかとなっている。また、明治時代は家庭の主婦が病人の世話をすることは当然の務めとされていたこと、女学校のテキスト以外にも、一般婦人向けに出された著作物に、看病の方法について記載されているものが多かったとのことである⁸³⁾。したがって、病人を家庭で女性が看病することは当たり前のことであった。明治後半からは病院建設は増加し、大正の時代に入り 1915 年の看護婦規則制定以降に、病院での施設看護が急速に発達した⁸⁴⁾⁻⁸⁶⁾。

つまり、家庭看護から施設看護へ変化したのは明治後期からである。

その他にも、派出看護婦に類似した家庭看護婦（home nurse）が存在していたが、それぞれの活動の場には違いがあった⁸⁷⁾。家庭看護婦はその家族とともに生活をしながら看護を行っていたのである。

いずれにしても、この時代に流行していた赤痢や腸チフスなどの感染症看護は派出看護婦あるいは家庭看護婦や家族によって、いずれも個人に任された看護でありながら、感染防止を目的とした感染症看護の専門性が求められていたのである。

したがって、そこには今日の病院看護では得られにくい看護の本質的なものがあると推察する。個人やその家庭の構造や生活に合わせた感染防止策、より安楽な安静療法、食事の調理法や献立内容、患者の身の回りにあるものを工夫した看護用具の活用による日常生活援助など、病気とともに生き、その人の暮らしの中で人間らしく生を支えていく看護が求められるからである。

また、今日、多くの病院で行われている、1人の患者に対して1人の看護婦が担当として付き、入院から退院までを受け持つ看護方式のプライマリーナーシングの原点がそこにあるのではないだろうか。それは、派出看護が、1人の患者の病状を一貫して観察し看護できたことから、プライマリーナーシング方式に近い、より個別対応が可能であったと言える。

しかし、派出看護を利用したくてもその利用料が高額であったため、派出看護の対象となるのは裕福な家庭だけであった⁸⁸⁾⁸⁹⁾。

3. 派出看護婦による活動当初の患者および避病院（伝染病院）の設置による施設における看護実践

当時の派出看護がいかに特別なものであったかについては、大関和が行った対象者のリストから伺える。

大関和（1858-1932年）は、桜井女学校付属看護婦養成所の第1期生であり、1896年の派出先が後藤象二郎大臣の付添看護婦であり、派出看護の利用は当初、特権階級などの一部に限られていたことが分かる。大関和は帝大病院婦長を退職した後に、看護婦養成と派出看護に力をそそぎ、その派出先の一覧では、結核看護史第I期に該当する1896年～1898年の間に、児玉源太郎大将夫人難産の看護、群馬県惣社隔離所集団看護（赤痢）、群馬県九十九村隔離所集団看護（赤痢）、埼玉県入間郡加治村隔離所集団看護（赤痢）、埼玉県中瀬村六人斬り強盗の被害者母子五人の付添看護（19日間）を行っている。感染症では赤痢患者の家庭への派出看護が行われ、主治医の指示によるベッドサイドの付添看護が行われていた⁹⁰⁾。

大関和が派出看護で看護した患者は、その後の1907年までの間に、肺炎看護は徳大寺公爵の1例が行われていたが、肺結核の病名はみられない。肺結核は、1880年の「伝染病予防規則」、その後の1897年「伝染病予防法」には含まれていない。1880年は、伝染病が、コレラ、腸チフス、赤痢、ジフテリア、発疹チフス及び痘瘡の6病として定められ、1897年は、これらの6種類の伝染病に猩紅熱、ペストが加えられ、8種の伝染病を対象としてあり、結核は含まれていなかったのである。

結核は結核牛からの感染として、1901年に「畜牛結核予防法」（4月2日法律第35号）が制定されたり、結核診断技術も十分でなかったことから、結核よりも急性感染症の症状に注目してしまうのは致し方ない。

明治初期に流行した主な伝染病はコレラで、1879年はコレラ患者が大流行になった年であり、その後、1890年に、コレラに加えて新たに腸チフスが流行し、3年後の1893年から2年間は赤痢が大流行していた経緯がある⁹¹⁾。多くの人が高熱や嘔吐、激しい下痢症状などに苦しみ、食事も摂れず、重症患者を看病した家族も苦悩したに違いない。

したがって、患者も派出看護婦も当時の感染症防止の看護の中心は、赤痢やコレラ、腸チフスなどであり、慢性感染症である結核は急性感染症ほど注目されるはずもない。

結核は病勢が緩やかであり、感染・発病から転帰（回復・死亡）までの期間が長く、療養生活が長くなり、急性感染症のような一時的な隔離による防疫だけでは済まないという特徴を持っている。このため急性感染症とは区別されたが、襲来型急性感染症の大流行が頻繁であるうちは政府の対策は本格化しなかったのである。結核の包括的な法律である「結

核予防法」の成立は、1919年である。翌年、1920年に結核患者を対象とする東京市療養所が開設されている⁹²⁾。

このような急性感染症の患者の隔離について、感染症の患者を収容する病院および病床の特徴をふまえた医療サービス供給の視点から分析した研究によると、1870年代の明治政府の衛生行政における主要な政策課題は、「避病院」設置を含む急性伝染病対策であった。1897年の伝染病予防法制定により、「伝染病院」、「隔離病舎」、「隔離所」の全市町村での設置が義務づけられたのである。伝染病予防法制定以前は、「避病院」（伝染病予防法以降「伝染病院」となる）の設置には、地域ごとに格差があったと考えられており、伝染病予防法制定以降、市町村ごとに収容施設が設置されたとのことである⁹³⁾。

設置した収容施設で感染症患者の看護を行うにあたっては、療養の世話をする看護婦の感染が起きることは避けられず、感染対策が十分でない病院では院内感染の発生は否めず、非常に厄介な問題である。

院内感染については、明治の避病院であった東京都立駒込病院の実態について記されている。この病院は急性感染症の受け入れ病院として、1879年に東京地方衛生会が北豊島郡下駒込村に設置した避病院である。同年にはコレラが大流行した年でもある。

東京市は駒込病院に対して、1900年に看護婦4名、汚物取扱人1名、1901年には看護婦2名が腸チフスや赤痢に罹患し、うち2名が死亡していることを指摘し、院内感染防止の対策を要求している。しかし、これに対して、当時の医長は、東京市の助役の照会に対して、この実態の理由を、「伝染病患者の取り扱いに関する不熟練」と「個人衛生の知識のなさ」に求めた。対策として、年間入院患者数の平均数に応じた本院での一定数の常勤看護婦の養成、流行時に臨時看護婦を雇い上げる際には十分な経験と熟練した技術を有する者の選択と応分の報酬支給、勤務中の看護婦の詰所を在来看護婦のいる場所の隣に配置し、交互に病室を巡視すること、勤務を終えた後に清浄な制服に着替えてから別の場所へ移動すること、看護婦ではなく消毒人が患者の排泄物の消毒を行うこと、と回答したが「経費がかさむ」との理由で継続調査となったと報告されている⁹⁴⁾。

院内感染をもたらした原因が「伝染病患者の取り扱いに関する不熟練」と「個人衛生の知識のなさ」としていることから、個人の責任を問うものであったことは否めない。また、感染症にかかり業務をこなせない看護婦が増えることによって、必然的に人員不足が生じ、病院側にとっては速成看護婦の養成が急務になったことは明らかである。

明治期に繰り返された急性感染症は、入院患者の増加に伴い派出看護婦への期待が大きかったに違いない。

これについては、山下が駒込病院を事例として分析した論文に、派出看護婦は医療施設で存在感を持っていたこと、派出看護婦なしでは短期間での増減数が激しい急性感染症患者を十分に看護できなかったと述べている。また、派出看護婦のうち、例えば大関和のように学歴も高く自身の体験を元に理論を確立し、より良質な看護サービスを提供しようと奮闘した者もいれば、それとは逆にいつでも職を得られると踏んで研鑽を積まなかったり、勤務最中に病院から逃走する者もいた。その意味で、常雇い看護婦と同様に、派出看護婦についても質に関する個別性がとても大きかったといえよう⁹⁵⁾と述べている。

明治後期にはコレラや腸チフスなどの急性感染症が繰り返され、病院内では院内感染が問題となり、これによって患者を看護する看護婦の不足が問題となり、派出看護婦への期

待が寄せられていたことが分かった。

また、この当時の看護は急性感染症に関する看護が行われたことも把握できた。

4. 医科大学病院における結核患者の療養上の世話および結核患者の診療の補助

病院における当時の結核看護はどのようなものであったのだろうか。

当時の病院の特に医科大学病院では、医師の養成と施療患者の救済を建て前とした医学研究が中心に発展していったため、患者を主とした看護業務が実現されることはなかったとされている。漢方医から西洋医へと移行する中で、大学出身の医師が私立病院を開設し、明治30年ごろから40年にかけて、‘医師の黄金時代’といわれるほどに利潤を高め、数も増加していったとのことである。そのような中で、病院における看護技術はというと、医術の隷属的役割を果たすに過ぎなかったとのことである⁹⁶⁾。

病院勤務から、一人立ちをしようとする看護婦たちは、明治から大正、そして昭和開戦までに、次々と派出看護婦会に所属し、お金をためて、産婆を開業するか、派出看護婦会を開くか、いずれかの道を選んだとのことである⁹⁷⁾。

順天堂医院附属看護養成所を卒業し、1918年まで勤務した看護婦によると、医師の介補が主であったこと、また、病院に入院した患者は、その大半が、病院の付き添い看護婦か、派出看護婦会所属の付き添い看護婦を雇っていたり、家族のこともあったとのことである⁹⁸⁾。入院した患者は付き添いを要していたが、医術中心の医療体制の中で、看護婦は患者を中心とした看護は行えていなかったことがわかる。

病院における肺結核看護については、序章の「各結核看護史の時期において発刊された結核看護教育書にみる肺結核看護」の項で述べたように、「咯血」、「血痰」の記載から肺結核の症状が認められたが、この症状はまだ結核との関連が示されていなかった。

また、療養所や病院においては、急性感染症の症状や治療法、看護法は医師の視点から示されてあるが、結核患者を直接看護した看護婦の実践記録をみつけることは非常に厳しい。

したがって、本項において課題であった結核看護史第Ⅰ期の1) 結核患者の療養上の世話、2) 結核患者の診療の補助については、医師の介補が主であったことはわかったが、患者に対して具体的にどのように医師の介補をし、また、患者への看護が行われていたか、その実際を明らかにすることには限界がある。

次の結核看護史第Ⅱ期では、1904年に日本で最初の結核予防法令である「肺結核予防二関スル件」(内務省令第1号)が制定されていることから、療養所ならびに病院において、看護婦による結核看護の実践が確認できるものと期待したい。

5. 『看病の心得』および『看護婦派出心得』にみる「療養上の世話」と「診療の補助」について

1) 平野鏡『看病の心得』(1896年)にみる結核患者の「療養上の世話」と「診療の補助」

『看病の心得』は、日本で最初の看護婦によって書かれた書である。執筆に至った背景には、医師である夫の影響がある。平野が患家に派遣されて死に瀕していた若い女性を昼夜も眠らず必死で看病していた家に、医師の平野友輔が往診に訪れその姿に感動したとさ

れている。その後、23歳で結婚し、4、5年後に夫から看護の心得をまとめることを勧められ、自身の看護体験と医学知識を生かしてまとめた書である。平野鑑は1869年、現在の愛知県で犬山藩の槍術師範で儒者であった父のもとに生まれ、藩主の邸に出仕させられ武士社会の雰囲気の中で厳しく教育を受けた。17歳の時に父を亡くし、自力で志を立てようと19歳で愛知県から上京した。東京慈恵医院で炊事の手伝いなどをしながら勉強を続け、1888年に東京慈恵医院看護婦教育所7回生として入学し、3年後の1991年に卒業した。この東京慈恵医院は、施療病院として皇室の看護として高木兼寛によって創設された施設である。

平野鑑は人間の身体発育の上で栄養が極めて大切であることとして、動物性食品と植物性食品に分けて食物の種類と調理法による消化時間を一覧表で示しており、看護書に医学的知見が取り入れられていた(資料2-6)患者に消化吸収のよい食事の提供ができるよう科学的根拠となるデータを公表しており、この表からも献身的な看護を行っていた人柄が伝わってくる。

結核は、1880年「傳染病豫防規則」が定めた6種類の伝染病には含まれていなかったが、「第五章 伝染病看護法」に、その他伝染病として記されている。特に法律上の伝染病は感染力が強いことが示してあり、伝染予防の重要性を説いている。伝染病の予防として重要な清潔法・消毒法・摂生法・隔離法の4つについて説明している。この4つには結核の記述はみられず、法律に定めた急性感染症が対象となっている。

結核は、「第四章 各病の手当」が21項目ある中で「(十二)呼吸器病に於ける一般の注意」の「(3)咳嗽の注意及喀痰の介補」の中に、「肺労」として記されている。

この「(3)咳嗽の注意及喀痰の介補」の内容を、「療養上の世話」と「診療の補助」についてみていくこととする。また、肺からの出血することが書かれている次の項の「(十三)喀血」も合わせてみる。

(1) 結核患者の療養上の世話について

喀痰は決して布片「ハンカチーフ」、紙などで取らず、必ず蓋のある陶器製、あるいは硝子製の痰壺を用い、常に少量の強石炭酸水を注いで置いておく。石炭酸水の臭気を嫌う者がいれば、千倍から二千倍の昇汞水少量を注いで置いてよい。

肺労の如く危険な伝染性の疾患は、痰よりウイルスを伝播するので、一層消毒法を厳重にすること。例として、一端消毒薬を注いだ痰壺といえども医師が指定した一定の場所に捨てること。

喀血は肺から出る血で、咳嗽に伴って出る。色は鮮紅かつ泡沫状を呈し、気管の粘液が混入していることもある。看病人は患者の頭部と肩をやや高く斜めにし、静かに仰臥させ、身動きおよび会話を厳禁とし、振動を避け、速やかに胸部に氷嚢を当て、しばらく氷片を与える。温い飲食物を禁止する。

(2) 結核患者の診療の補助について

喀痰の色に注意し、黄色、褐色、緑色、錆色、血線もしくは血液混入の有無を確認し、量は、毎回医師に告げるかまたは見てもらう。

喀血時には直ぐに医師を呼ぶ。

2) 『看護婦派出心得』にみる「療養上の世話」と「診療の補助」

1889年に大関和著『看護婦派出心得』（初版）における「療養上の世話」と「診療の補助」に関する実践について、以下にその概要を抽出してみた。その内容は、患者宅での看護は経時的に示されており、現在の病院看護に通じるものである。

隔離病舎での看護は、当時の劣悪な環境による急性感染症に対する注意も示されている。例えば、「含嗽時には決して水を飲んではいけない。」というものである。また、看護婦の自己管理に関する「看護婦自身の食器も必ず熱湯で洗い、消毒して食べ物を盛る」、「消化しやすい食事、鶏卵、赤酒等を少し計って伝染予防する」ことの注意は、院内感染防止の一つとしても、看護婦自身が感染しないために重要な行為である。

結核に関しては「痰壺の掃除と洗浄」が挙げられている。

本書が発刊された1889年は鶴崎平三郎が日本で最初の結核療養所「須磨浦療病院」（兵庫県須磨浦）を開設した年である。本書には肺結核に関する記述として「喀血」、「血痰」に留めてあり、結核との関連が示されていなかったが、結核療養所が開設された背景には当然、結核患者の存在があつてのことで、著者の大関自身も「喀血」、「血痰」がある患者の存在を認識しているから痰壺が必要なことやその掃除と洗浄が挙げられたと考える。

しかし、痰壺の掃除や洗浄方法については示されていないことから、単に痰壺をきれいにしておくことを求めただけであり、痰壺の取り扱い上の感染対策の視点は持っていなかったと考える。

係とその業務が決められてあり、院内感染にも配慮してあることがわかった。

以下は、看護婦が行う「患者の療養上の世話」と「患者の診療の補助」に関して、あくまでも概要として抽出したものである。なお、表現を分かりやすくしたため、原文とは異なるものである。

書の文末には、「看護婦実業の唱歌」⁹⁹⁾が、5頁半を割いて掲載してある。この唱歌から、看護婦の実践と感染症看護の責任の重大さが伝わってくる。

(1) 患者の療養上の世話

【患者の家で終日勤むべき順序】

暖炉に火をつける。

体温・脈拍・呼吸数を測定し、日誌に記載する。

含嗽、手洗い、食前薬の投与。

病室内の掃除と6分間の換気、重症患者の病床交換。

食事と服薬前には含嗽をさせる。

食事は自分の責任において食べてもらう。

昼食前の食前薬の投与、体温測定。

12時に昼食の配膳。

15時半に体温測定。

16時に食前薬の投与。

17時に夕食の配膳。

20時に安眠を促す。

夜間の注射、氷嚢、内服薬、含嗽、排便、褥瘡の注意、身体摩擦、冬季の暖炉

の注意。

【赤痢病舎において】

起臥、薬用、食事、治療の時間を守る。

清潔法（掃除、洗濯、空気交換）の厳守。

消毒法（便器掃除、下着の洗濯）の厳守。

【隔離病舎において】

薬係は、順に嗽をさせて薬剤投与、洗面、手洗いの介助をする。重症者には親切丁寧に含嗽と手水を使わせる。

消毒・清潔係は、最初に重症患者の下着交換、腰の周りの排泄物はお湯に石炭酸水を加えて清拭する。

便器を消毒室へもっていき、全患者の記名用紙に各々の便質を明細に記載する。

便器を洗い、少し石炭酸水を入れ、病室に備える。

不潔係は排泄物の消毒および煮沸をする。

病室の掃除をする際に、少しでも不潔物が付着している疑いがある時は、石炭酸水を散布し、よく拭く。

手洗い水の交換、痰壺の掃除と洗浄。

朝食は、病室内の清掃消毒後に配膳する。

含嗽時には決して水を飲んではいけない。（急性感染症の感染源は汚染された飲み水や食物などである。衛生環境が悪かったことがわかる。）

食後の食器は熱湯をかけて洗う。

看護婦自身の食器も必ず熱湯で洗い、消毒して食べ物を盛る。【自己管理】

不潔物にとまる蠅などの媒介により伝染するので注意する。

消化しやすい食事、鶏卵、赤酒等を少し計って伝染予防する。【自己管理】

<食物係>は患者の求めに応じて看護する。

<清潔係・消毒係>重症者の下着・腰巻等の交換、煮沸。排泄物で汚染したものは30倍の石炭酸水に浸し、12時間後に洗濯し、人家に遠く離れた場所に干して乾燥させる。含嗽水等の排液交換、便器の掃除と常に消毒液を入れて病床に備える。

消毒主任は、食事に関与してはならない。

医師の診察が終了次第、腰湯あるいは入浴の世話をする。使用した湯は、庭の隅または畑の中に穴を掘って捨てる。ただし、防毒の疑いがあれば石灰を加えて消毒する。洗濯水に伝染力を有するものは庭に捨てることは厳禁。庭にこぼさないこと。

検便の後は、すぐに捨て、洗浄してよく拭いて消毒液を入れて病床の傍に備える。

<薬餌係>食事の支度、粥汁、スープの加減を試み、卵白を除いて卵黄とする。配膳。医師の来診時は厳粛に迎え、予防衣を供し、一定の消毒をする。

三時に、葛粉と砂糖を入れて作った葛湯、あるいは牛乳等粘稠飲料を与える。そ

の後、30 から 40 分後に夕の体温・脈拍・呼吸数を測定し温度表に記載する。食前薬の準備と食後の食器洗浄、含嗽。

腹痛時の石炭酸温湿布とその上から懐炉を貼る、腰湯をする。

頭痛時の冷罨法、氷嚢。

倦怠感時の心臓に向け摩擦する。

足が冷えには湯たんぽ。

口の乾燥時は度々含嗽。

嘔気ある時は心窩部に氷嚢を置く。

脱水時は白湯、または麦の煮汁を冷やして飲料とする。

衰弱した患者の入浴は、先に赤酒を一口与える。

入浴時は必ず臥褥を交換する。

衰弱した患者の入浴後は必ず滋養飲料を与える。

頭痛および逆上する感のある時は腰湯あるいは足湯をする。

臥床を離れる時は、いつも臥褥のゆるみを直し、あるいは布団を交換する。

病室温度の平均、および空気交換は常にする。

夜間、病人に呼ばれたら、患者の一言で覚醒するよう常に注意する。

隔離病舎に入院した患者の心理面の理解とその対応については 36 頁から 36 ページに次のように記されており、看護の慈愛の心をもって対応するよう説いている。その中には病人の害となることは、どんなに求められても応じてはならないことを明記している。

身体面の看護だけでなく、患者の心理面を理解した看護実践が求められている。

くて終日定まりし要用は終る后、當直の看護婦は若し軽症患者多く病室平穩なる時は就寝すべしと雖も重症患者ある時は徹夜すべし。輕症患者のみにて徹夜するの用要なき時は、病室の隅へ休息するものとす。然しながら、當直の任を負ふ者なれば熟睡なす能はず、病人に呼るゝ時は一言にて醒覺する様常に注意なすべし。嗚呼不幸にも此悪疫に罹りて、寂寞たる隔離病舎に容れられ、樂み多き家を捨て或は慈愛深き父母の膝下を離れ、或は最愛なる妻子をも殘し、良人に別れ此隔離所に來りて他人の看りを受るものゝ如何なる感情にか打たるゝならん。我等看護を以て天職と奉する上は、慈惠の天旨を貫きて不幸なる同胞の爲めに滿腔の同情を表し、眞心を以て之を看護し、内には己れが本分を全ふし、外には國恩の万一に報せざるべからず。患者は種々六ヶ敷き好みをなし、又我儘を言ふものなれば、能く忍耐して不幸なる同胞を思ひやり、凡て患者の求むる處を正しく答へ之に應ずべし。然ながら病人の害となる事は假令如何はと求めらるゝも、能く之を諒し、断念せしむべし。決して不敬不遜の舉動あるべからず。

三六

三七

資料 2-4 大関和(1889)『看護婦派出心得』吐鳳堂書店, 36-37.

(2) 患者の診療の補助

医師の命に従い、投薬時間を守る。

患者の病状を詳細に記録し、医師が診察にきた時に提示する。

投薬治療について医師に意見を言わない。

< 日誌係 >

体温・脈拍・呼吸数・薬用時間、飲食物の摂取量および時間、便質・量、排便回数、容体、浣腸、入浴、腰湯など落とすことなく記録する。

医師の回診につく。

< 食物係 >

食前の配薬、食前後の含嗽。

< 清潔係・消毒係 >

浣腸。腹痛時の浣腸は食塩水を使い、痛みをとる。

< 薬餌係 >

医師の来診時は厳粛に迎え、予防衣を供し、一定の消毒をする。

医師の回診につく。

医師が病室に入る時には日誌を携えて従い、被具を半ば開除し、胸辺を開いて、医師の手をわずらわさないように務める。

日誌に記載してある病状を漏れなく報告する。医師の質問には言語静粛に答える。

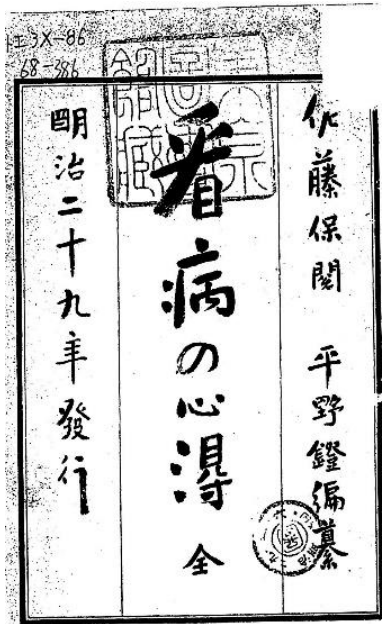
診察が終わり、検便する時は、便器の蓋を取り示す。

回診が終了した時は、予防衣の上から一定の消毒をし、手洗い水および消毒水を供し、予防衣を脱がせて元の所に掛ける。医師の命せらるる時は失礼のないように行い、失念させないように注意する。

患者の容体急変時は直ちに医師に申告する。医師の指示がある時は与薬、注射、冷水を与える。

以上の看護婦自身によって書かれた『派出看護婦心得』の記述内容から、患者の療養上の世話と診療の補助で求められていた看護業務がわかった。肺結核看護に限定した内容はみられず、当時流行した急性感染症看護についての内容であったことも再認識することができた。

その内容には、感染症患者の身体面の看護だけでなく、隔離された患者の心理を推測した記述も見られた。しかし、退院後の生活や社会復帰などの社会面についての記載や退院後の感染対策等は記されていないことから、入院中の看護に焦点を当てて書かれたものであった。



資料 2-5 平野鑑『看病の心得』表紙

九三一 録		附		得 心 の 病 看		八三一											
大 同 鮭 鶏 牛 同 同 鶏 雁 家 同 鶏	口 魚	卵 スープ	乳	卵	鴨	肉	肉	豚 肉	羊 肉	鹿 肉	同	同	同	牛 肉	犢 牛 肉	食 品	
煮 或 は 鹽 漬	鹽 漬	煮	生 或 は 煮	硬 煮	軟 煮	生 煮	焼	焼	焼	煮	ヒ ン テ ー キ	焼	煮 沸	生 煮	焼	調 理 法	
二 時	四 時	一 時 三 十 分	三 時	二 時 一 二 時 十 五 分	三 時 三 十 分	三 時	二 時	四 時	四 時	四 時 十 五 分	三 時 三 十 分	二 時 四 十 五 分	三 時 三 十 分	三 時 三 十 分	三 時 十 五 分	三 時	消 化 時 間

(甲) 動物性食物消化時間表
 て此表は健る成の續なりに於

附

得 心 の 病 看 ○四一

食 品		調 理 法	消 化 時 間
同 馬 蠶 大 米 鈴 豆 麥	煮 蒸 煮 煮 煮 燒		
京 蕪 小 人 玉 玉 菜 青 麥 參 蜀 蜀 包 包 包 子	煮 煮 燒 煮 燒 燒	三 時 四 十 五 分 同 三 時 三 十 分 同 三 時 十 五 分 三 時	
(乙) 植 物 性 食 物 消 化 時 間 表 試 驗 全 身 的 胃 腸 に 於 て		壯 比 饅 蝸 目 魚	一 時 三 十 分 三 時 三 十 分 三 時 三 十 分
		ス チ ュ ッ	油 揚 魚

資料 2-6 「食品の調理法による消化時間」平野鏡『看病の心得』138-141, 1896.

昭和19年 平野 藤 75歳
平野 恒 45歳 (次女)

資料 2-7 平野鏡著, 坪井良子解説(1997)『看病の心得』4.

<注>

- 1) 日本社会事業大学救貧制度研究会編(1960)日本の救貧制度, 吉田久一「明治維新における貧困の変質」, 勁草書房, 7.
- 2) 吉田久一(1960)日本社会事業の歴史, 勁草書房, 174-175.
- 3) 大阪社会福祉協議会(1958)大阪府社会事業史, 203-204.
- 4) 東京都養育院編集(1974)東京都, 28.
- 5) 小林富美栄監集(1980)看護学重点シリーズ Ⅱ看護学総論, 金芳堂, 15.
- 6) 日下修一(2008)日本初の女性看病人誕生の背景—戊辰戦争時壬生の看病人—, 日本医史学雑誌, 54(1), 187.
- 7) 小林富美栄監集(1980)看護学重点シリーズ Ⅱ看護学総論, 金芳堂, 15.
- 8) 医制とは, わが国ではじめての統一された近代的医療衛生法規で, 1874年(明治7)年に発布された。わが国の意育・医療の方針を示し, 皇漢医学を廃して西洋医学にのっとるべき旨を明確に打ち出した。人民の健康保護, 疾病治療, 今日の公衆衛生, 医務・薬務のみならず, 医学教育をも含む統括的衛生法典であり, わが国における近代衛生行政の基本的設計方針が示されている。この制度は, 最初から全国一律に施行されたものではなく, 東京・京都・大阪の3府において試験的に実施された。医制は全76条からなるが, 医制・医学校・教員付外国人教師・医師・薬舗付売薬といった内容からなり, 広く衛生行政全般の問題が取り上げられている。医制の主なねらいは, ①文部省(当時)の統轄のもとに衛生行政機構の確立, ②1872年の学制発布とあいまって, 西洋医学に基づく医学教育の確立, ③医師開業免許制度の樹立, ④近代薬舗制度の樹立, などの基礎をつくることであった。したがって, ①院長は, 医術開業免許状を所持する者でなければ, その職につくことができない, ②院長は患者の人数・治療・死亡・病名などの明細表を衛生局および地方庁に報告する義務がある, ③医師になるためには, 開業免許を受けること, ④医薬分業と反した場合の罰則, ⑤医学校に病院を設置することの義務づけ, ⑥診察料を払わない場合の取り立て, などがしるされていた。和田 攻・南 裕子・小峰光博(2002)看護大辞典, 医学書院, 136.
- 9) 青木純一(2004)日本の救貧制度: 結核の社会史—国民病対策の組織化と結核患者の実像を追って—, 御茶の水書房, 53.
- 10) 島尾忠男(2010)Kekkaku, 85(8), 財団法人結核予防会, 9.
- 11) 平成26年版厚生労働白書(2014)第1章 我が国における健康をめぐる施策の変遷, 5.
- 12) 野津 聖(1959)国立病院, 国立療養所を通じてみた, わが国結核患者の状況, 九大結研紀要, 6, 18-35.
- 13) 1章 我が国における健康をめぐる施策の変遷
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-01.pdf> (2021. 4. 17)
- 14) 平成26年版厚生労働白書(2014)第1章 我が国における健康をめぐる施策の変遷, 271.
- 15) 青木正和(2004)医師・看護職のための結核病学 結核対策史, 財団法人結核予防会, 107.
- 16) a: 青木純一(2004)結核の社会史, 御茶の水書房, 346-347.
- 17) b: 公益財団法人結核予防会(2016)証言で綴る結核対策=公衆衛生の歴史, 公益財団法人結核予防会, 34.
- 18) 島尾忠男(2010)Kekkaku, 85(8), 財団法人結核予防会, 661.

- 19) 20) 島尾忠男, 結核の社会文化史 1: 「畜牛結核予防法」について
<https://jata.or.jp/rit/rj/329p36.pdf> (2021. 4. 17)
- 21) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 128.
- 22) 細井和喜蔵(1980)女工哀史, 岩波文庫, 246-247.
- 23) 寝屋川市医師会(1977)寝屋川市医師会のあゆみ, 400.
- 24) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 143.
- 25) 厚生省医務局編(1976)医制百年史 資料編, ぎょうせい, 564-565.
- 26) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 55.
- 27) 井上泰代編(1967)最新 看護学全書17 成人看護学結核, メヂカルフレンド社, 東京, 5.
- 28) 青木純一(2004)結核の社会史, 御茶の水書房, 28-29.
- 29) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 64-65.
- 30) 看護史研究会(1983)『派出看護婦の歴史』勁草書房, 41-42, 44, 46, 52-61.
- 31) 渡部喜美子(1982)大正看護史[1] 大正看護の前史 明治から大正へ, 看護教育, 23(1), 医学書院, 61.
- 32) 渡部喜美子(1982. 2) 大正看護史・2 看護婦規則をめぐって, 看護教育, 23(2), 125.
- 33) 渡部喜美子(1982)大正看護史[1] 大正看護の前史 明治から大正へ, 看護教育, 23(1), 医学書院, 65.
- 34) 看護婦規則(抄)(大正4年6月30日, 内務省令第9号)第1条 本令ニ於テ看護婦ト称スルハ、公衆ノ需ニ応シ傷病者又ハ褥婦看護ノ業務ヲ為ス女子ヲ謂フ。第2条 看護婦タラムトスル者ハ、18年以上ニシテ下ノ資格ヲ有シ地方長官ノ免許ヲ受クルコトヲ要ス。1 看護婦試験ニ合格シタル者 2 地方長官ノ指定シタル学校又ハ講習所ヲ卒業シタル者 地方長官免許ヲ与フルトキハ看護婦免状ヲ下付ス。
- 35) 日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 224.
- 36) 高木兼寛忠(1849-1920)^{注)}: イギリスのセント・トーマス病院医学校に留学し、1880年に32歳で帰国。翌年、成医会をつくり成医会講習所を立ち上げ医学教育を開始した。1882年に有志共立東京病院を開設。病院は皇室の御眷護の下、1887年に東京慈恵病院と改められた。
- 37) 日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 211.
- 38) 新島襄: アメリカン・ボードの宣教師として帰国し、同志社英学校校長を務めた。
- 39) 日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 218.
- 40) 櫻井ちか: 日本における初期の女子教育を担った。桜井女学校、桜井女塾を設立。
- 41) 矢島楫子: 明治～大正の女子教育者、社会事業家。
- 42) マリア・T. ツルー (Maria T. True)^{注)}: 桜井女学校附属看護婦養成所の設立者。
- 43) 萩原タケ: 日本赤十字社病院救護看護婦監督。日本看護婦協会初代会長。第一回フローレンス・ナイチンゲール紀章を受章。
- 44) 前掲 39): 218.
- 45) リンダ・リチャーズ: アメリカ合衆国の看護婦。専門的な訓練を受けた最初の看護婦で

ある。アメリカと日本で、入院患者の個々の診療記録を取っていくためのシステムを初めて確立した。

- 46) アグネス・ヴェッチ：明治時代に来日したイギリスの看護婦。日本政府の招聘により来日。宣教師のメアリー・トゥルーが創設した櫻井女学校や東京帝国大学医科大学第一病院に勤務し看護婦として勤務し、教鞭も執った。西洋式の看病術の指導や訓練する等、日本の看護の西洋化に大きく貢献した。
- 47) 寺山範子, 塩野悦子(1999)名称の変遷にみるわが国の男性看護者の歴史—近代から現代までの名称に関する文献的考察—, 宮城大学看護学部紀要, 2(1), 69-76.
- 48) 新村拓(1989)「死と病と看護の社会史」法政大学出版局, 184-188.
- 49) 中田祝夫, 和田利政, 北原保雄編(1983)「古語大辞典」, 小学館, 428.
- 50) 山崎裕二(1995)近代看護士のなかの男性看護者(1) 明治初年～10年代の陸軍と博愛社, 日本赤十字武蔵野女子短期大学紀要 8号, 103-112.
- 51) 前掲 37):70-71.
- 52) 前掲 37):71.
- 53) 54) 北島謙吾(1996)わが国における看護士養成の歴史と現状, 日本赤十字武蔵野女子短期大学紀要 9号, 79-88.
- 55) 樋野恵子(2008)明治初期における医療の一分野としての看護—医師太田雄寧訳纂『看護心得』の原著解明と比較検討—, 日本医史学雑誌, 54(4), 373-386.
- 56) 吉川龍子(1992)『『教育雑誌』(明治12年)にみる看護歴史と看護教育(1), 総合看護, 1号, 1992.
- 57) 山崎裕二(1995)「近代看護士のなかの男性看護者(1) 明治初年～10年代の陸軍と博愛社」日本赤十字武蔵野女子短期大学紀要 8号, 103-112.
- 58) 前掲 37).
- 59) 山崎裕二(1996)「近代看護士のなかの男性看護者(2) 旧清戦争における日本赤十字社の看護」日本赤十字社武蔵野女子短期大学紀要 9号, 79-88.
- 60) 前掲 49).
- 61) 前掲 37).
- 62) 63) 64) 前掲 49).
- 65) 66) 前掲 43).
- 67) 68) 前掲 37).
- 69) 石黒忠恵(1983)懐旧九十年, 岩波書店, 279.
- 70) 渡部喜美子(1982)大正看護史[3] 病院における看護—その1, 看護教育, 23(3), 医学書院, 189.
- 71) 看護史協会編(1989)看護学生のための日本看護史, 医学書院, 74-75.
クリミア戦争で従軍看護婦として働いていたフロレンス・ナイチンゲールが「看護覚え書」を出版した1860年、世界初の看護婦養成所がロンドンの聖トーマス病院内に創設された。ここでの教育内容は「ナイチンゲール方式」と呼ばれ、後に日本の看護教育へも多大な影響を与えた。
- 72) 平尾真智子(2000)日本における看護婦養成史上の観点からみた明治20年代の看護婦養成の意義, 山梨県立看護大学紀要, 2(1).
- 73) 宮脇美保子編(2018)『看護学概論(新体系看護学全書—基礎看護学)』第4版第2刷, メ

- ヂカルフレンド社, 61.
- 74) 東京慈恵医院看護婦養成所 7 回生.
- 75) 京都看護婦学校 7 回生.
- 76) 櫻井女学校付属看護婦養成所 1 回生。日本近代看護の先駆者、キリスト教信者であったことから 1886 年に入所した。1900 年東京看護婦会会頭。1908 年『実地看護法』を発売。
- 77) 高橋政子(2014)「『派出看護婦心得』『実地看護法』」坪井良子編『近代日本看護名著集成 別巻解説』、大空社, 再版発行(初版 1989 年), 62-63.
- 78) 精神科看護人が書いた初めての看護書。1908 年から 1933 年までの間に 10 版までである。癲狂院等の治療を目的とする精神医療施設ができたのは明治期からである。日本で最初の公立精神病院は京都癲狂院である。
- 79) 上坂良子, 水田真由美, 山本良吉(2009)『看護婦の心得』にみる看護倫理観と明治後期の看護界の状況, 日本医史学雑誌, 55(2), 201.
- 80) 渡部喜美子(1982)大正看護史[1] 大正看護の前史 明治から大正へ, 看護教育, 23(1), 医学書院, 62.
- 81) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 66.
- 82) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 65-66.
- 83) 小稗文子, 石井範子(2007)明治時代の女学校のテキストにみる「伝染病の家庭の看護」, 北日本看護学会誌, 10(1), 37-44.
- 84) 厚生省医務局(1976)医制百年史資料編, ぎょうせい, 54-56, 271, 589, 788-792.
- 85) 看護史研究会(2002)看護学生のための日本看護史, 医学書院, 87.
- 86) 小稗文子(2004)近代の看護書にみる消毒の変遷—コレラ・赤痢・腸チフス・肺結核の排泄物に焦点をあてて—, 看護歴史研究, 2, 19-25.
- 87) 家庭看護婦は初期の東京慈恵医院でよく行われたもので、原型は高木兼寛がイギリスで学んできた。上流家庭の求めに応じて病院が看護婦を派遣し、派遣された看護婦は家族の一員として生活を送り、とくに病人がいない場合にも育児などを担当し、また、家族に同道して外国に行くこともあった。上流社会に密着した特殊な看護形態で、庶民には縁遠い存在であった(系統看護学講座 別巻 看護史 医学書院, 7 版, 2009, 139)。
- 88) 高木佐知子(1985)派出看護婦の歴史について, クリニカルスタディ, 68-73.
- 89) 橋本寛敏ら監集(1972)病院管理体系大 1 巻病院誌, 医学書院, 114-122.
- 90) 土曜会歴史部会(1973)高橋政子代表執筆, 日本近代看護の夜明け, 医学書院, 80.
- 91) 厚生省医務局(1976)医制百年史資料編, ぎょうせい, 54-56, 271, 589, 788-792.
- 92) 永島剛(2009)近代東京における水系感染症流行と都市環境, 近代都市環境研究資料叢書 2『近代都市の衛生環境〔東京編〕【全 43 巻+別冊 1】第 4 回配本【全 8 巻+別冊 1】別冊【解説編】』, 近現代資料刊行会, 11.
- 93) 猪飼周平(2010)病院の世紀の理論, 有斐閣, 241-242.
- 94) 日本伝染病学会(1933)日本伝染病学会雑誌, 8(1), 624-625.
- 95) 山下麻衣(2020)明治期における急性感染症患者の看護—東京府(市)立駒込病院を事例として—, 同志社商学, 72(1), 84.
- 96) 渡部喜美子(1982)大正看護史[3] 大正看護史[3]病院における看護—その 1, 看護教

育, 23(3), 医学書院, 189.

- 97) 渡部喜美子(1982)大正看護史[3] 大正看護史[3]病院における看護—その 1, 看護教育, 23(3), 医学書院, 193.
- 98) 渡部喜美子(1982)大正看護史[3] 大正看護史[3]病院における看護—その 1, 看護教育, 23(3), 医学書院, 193-194.
- 99) 大関和 (1889) 看護婦派出心得, 東京市, 吐鳳堂書店.



第Ⅲ章

結核看護史第Ⅱ期 1902年～1919年、日本で最初の予防法令である「肺結核予防二関スル件」(内務省令第1号)から「結核予防法」が制定された「結核対策創生期」

はじめに

本章が対象とする1902年～1919年は、日露戦争後の国民の生活、教育、貧困者や病者の社会的立場が弱い状況にある人々の救済や援助、農村における労働者の困窮した生活の実態を抜きにしては語れない時期である。

したがって、この時期におかれた結核患者の社会的背景をみた上で、日本で最初の予防法令である「肺結核予防二関スル件」の制定がなされたこと、しかし、一方で深刻化する結核蔓延に対し、本格的な結核予防対策が急務となった実態や、日本結核予防協会の活動などについて捉えた上で、この時期の結核政策を通して、結核治療、看護教育制度、肺結核患者への看護の実際について述べる。

まず、本章の時期に行なわれた結核政策、結核治療についてのさまざまな背景を多角的にみておく必要がある。

この時期の社会的な面で国民の生活に影響したのは、1904年～1905年の日露戦争であることに違いない。この戦争は勝利し戦争が終結したのであるが、日清戦争、日露戦争と続いた戦争により国民生活は困窮していた。日露講和条約(ポーツマス条約)に対する人々の不満は強まり、苦しい生活に耐えて戦争に協力してきた人々はロシアから賠償金がとれなかったことに対し、条約反対の運動が起こり、その結果、各地で労働運動やストライキが頻発するようになったのである。そこで、人々の反政府運動へと拡大することを恐れた政府は、国民の支配・統合を強化するための施策として、国民教育の整備と行財政や生活習慣の再編に取り組んだ。国民の支配・統合を強化するためには積極的に民衆の組織化が必要であると考えられていたのである。結核では、後に述べる1913年に全国の結核予防団体が集結して連合会を結成したが、この連合会もその一つである。

教育に目を向けると、国民教育では、1903年教科書疑獄事件をきっかけに、国定教科書制度が設けられている。この事件は、学校の教科書採用をめぐる教科書会社と教科書採用担当者との間の贈収賄事件である。これまでの学校教科書は検定制であったが、この事件をきっかけに国定教科書となり、第2次世界大戦まで継続したのである。ここに至るまでの国民教育は、1890年に政府から教育勅語が發布され、国家主義的な教育体制がつけられたが、就学率は低く50%にも届いていなかったのである。その後、国民の間に皆学が根付いたのは1900年代に入ってからである。

では、日露戦争後の国民の政府への不満や暴動に対してはどのようなであったかという点、国民を支配し統合する策として、1908年に「戊申勅書」が出されている。この勅書は、国民に列国と肩を並べて発展するには、国内の統一と勤労が必要であることを説いたものである。

これに関し、自治単位としての町村の整備は1900年～1920年頃まで全国各地の町村において、町村を単位とする町村是確立運動が行われている¹⁾。弛緩していた農村の地主的支配秩序を締め直し、一村一家、家国一致の天皇制国家観の注入により、挙村一致の体制

の下で、国の発展のために農村民を奮励させる基盤をつくったというものである。この町村是確立運動により、自町民を克明に調査・分析したうえで、国是・県是に沿って町村是を樹立し、計画的に運動を推進していく模範村が次々と誕生した。また、町村においては、青年会、婦人会、赤十字、愛国婦人会などの団体がこの時期につくられ、町村民をさまざまな側面から把握し、組織する体制が整えられていったのである。

以上のような社会背景において、本章が対象とする時期の特徴として、女工がおかれていた労働と生活実態、および結核予防団体の創設について概要を述べる。

第1節 労働者保護を目的とした「工場法」および女工の生活実態、結核予防団体の創設

1. 労働者保護を目的とした「工場法」および女工の生活実態を中心に

戦後、政府は国民に儉約を進め、華美を廃して、質実を守ることを強く訴えた。国民を支配し統合を強化するためには、戦後の貧困者や病者の社会的に弱い立場にある人々の救済や援助も重要となる。しかし、この時期には、救済制度はまだ十分に整っていなかった。

社会的保護を目的とした公衆衛生や医療保護に関する法律は、年代順に、1897年「伝染病予防法」、1900年「精神病者監護法」、1907年「癩予防ニ関スル件」、1914年「肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル法律」がある。労働者保護を目的とした法律には、1911年「工場法」がある。

日露戦争後の1906年、鉄道国有化法が成立し、多くの私鉄が買収された。そこで支払われた多額の資金を得た寄生地主らの資産家は、新たな投資先を求め、資金が重工業などにも流れ込むようになった。一方、官営工場での経験を積んだ技術者が町工場などをはじめなど、重工業においても裾野の広がりがみられるようになり、産業革命はいっそう広がりを見せるようになった。工業化の発展とともに、その一方で日露戦争後の人々の暮らしは困窮し、日々の食生活で十分な栄養を摂ることが困難な時代にあり、免疫力の低下をきたす要因にもなった。

栄養面の問題は、労働者の数が最も多かった製糸工場の女子労働者については、次のような実態から、成長期の栄養不足のみならず劣悪な生活環境下で、健康状態を維持することさえ難しい状況であったことが分かる。

労働時間の如き、忙しき時は朝床を出でて直に業に服し、夜業十二時に及ぶこと稀ならず、食物はワリ麦六分に米四分、寝室は豚小屋に類して醜陋見るべからず、特に驚くべきは、某地方の如き業務の閑なる時は復た期を定めて奉公に出だし、取得は雇主之を取る²⁾という状態であった。

それ以外にも紡績工場の労働時間は劣悪で、非人間的状況であった³⁾。

労働時間は十二時間、即ち昼間業を操るは朝六時より晩の六時迄、夜業に出づるは午後六時より午前六時迄は通例なるが如し、内休憩時間午前九時に十五分、正午三十分、午後三時に十五分、都合一時間の休憩時間あり、深更二時三時の頃睡魔の襲ひ来る最も激しく、電灯白ろく工女の姿をうつして淋し、各工業主によりて言ふ所を異にすと雖も、其の言う所に拠れば、夜間の生活高は、昼間に比して一割半乃至二割を減ずと。夜勤の交替は一週間なるは各会社殆ど同一なり、職工を甲乙二部に分かち、甲乙交じり／＼一週間毎に交替し、交替の際は機械掃除の為め夜業者に四時間居残仕事の義務を附す

そもそも女工は、果たしてこのような過酷な労働や生活を知って工場で働くようになったのだろうか。以下の記述から、決してそうではなかったことが分かる。

結核の処女地である農山村から、家の窮状を助ける前渡金のため、都会（工場のある）の生活が楽しいとか、何年か働けば嫁入金ができるといった募集人の甘言につられて工場につれられてきた女子労働者（女工）は、まず会社の寄宿舎に入れられる。全女工（とくに未成年）の七〇～八〇％は寄宿舎生活が普通であった。紡績工場の近隣に住む者は、工場の悲惨な状況を平生から知っており、そこへの勤務を忌避していたために、勢い遠隔地から女工を募集せざるを得なかったのである⁴⁾。

近年のように情報網が発達していない時代にあっては、本人も送り出す家族も、その後の労働がいかにも過酷で、身体の発育状態に必要な栄養摂取ができない非常に粗末な食事の提供など、農山村での窮状生活を越えた悲惨な生活が待っていることは想像すらできなかったであろう。実際に寄宿舎の生活は次のようであった。

女工寄宿舎は、”豚小屋“の一言につきるような状態のところが多く、それにどこの工場でも、寄宿舎の立地・構造は女工の逃亡を防ぐために、一個の城郭をなしていた。寄宿舎の周囲に八尺以上の堀があり、その上に竹槍、硝子の破片、鉄条網等で忍び返しをつけて、外に出られないようにしていた。また、寄宿舎の裏が河、海、沼に当たる場所に建設されることもあった⁵⁾。

寄宿舎生活は、自由のない監禁生活の上、食事の面においても次の記述内容から楽しみさえ持つことができなかった。

工場の食事はまずい上に不潔であり、カロリーも低い。主食は米であるが、ほとんど外米または最下等の内地米である。脚気患者のためといって麦や小豆を混ぜるところもある。胃腸病患者にお粥を出すところもあるが、残飯からつくったものである⁶⁾。

1901年頃の甲工場の3月から4月の献立表⁷⁾と、1936年2月の東京某工場の1週間の献立⁸⁾の紹介があり、成長期に必要な総カロリーの不足ばかりでなく、たんぱく質、脂質においても不十分な質素なものしか提供されていない。甲工場での朝の献立表には、香物しか記載されていない。香物は漬物であり、これでは到底、労働に耐えられないばかりか、生命をつなぐだけの食べ物では、やがて免疫力の低下を起し、身体だけでなく精神面の安定を欠いていくことの想像がつく。20数年を経ても寄宿舎での改善はなされていない。

このような寄宿舎生活を送りながら労働に耐えていたのであるが、女工の労働時間は、連続徹夜業で成長期にある労働者の健康破綻の最大の原因の一つであったと、健康を害する労働環境についても明らかにされている。

電灯の下で年若い女性を朝まで働かせる連続深夜業は、長い時間かかって人間の息をとめていく行為であるといえよう。逃亡者がふえてくるのも当然であった。その上に、作業環境は高温・多湿な上に塵埃がとびかい、機械の音がうるさいといった悪条件であった⁹⁾。

大工場には工場医局がどこにもあったとされているが、治療には費用がかかり、治療費が借金となっていく仕組みとなっていたので、工女は賃金を自由に使えることがほとんどなく、楽しみさえ与えられず、結核になり労働者としての役目を果たせなくなった女工は、郷里の農村に帰郷するか、路頭に迷うこととなった。その果ては、渡り女工になり工場を転々として働くか、それさえも不可能な場合には、酌婦や娼婦として生活していくように

なるといった、女工から娼婦への転落が少なくなかった。1925年には、警視庁保安部により芸娼妓、酌婦、私娼の前身調査がなされている¹⁰⁾。

以上のように、農村の貧困が未成年の労働者を生み出すきっかけとなり、女工の人間としての扱いがなされなかった寄宿舎生活、栄養不足、劣悪な労働環境下における連続徹夜業などにより、工場労働者の結核をもたらす誘因は散々していた。

その一方、結核は女工に関する問題以外にも、その後、国力に大きな波及をもたらしたことが、次の記述からも知ることができる。

産業革命により、人々は過酷な労働と不衛生な生活環境を強いられ、繊維女工だけでなく軍隊の青年の間でも結核が多発するようになり、結核で就労できなくなり帰郷した女工や兵士から伝染して、全国に蔓延した¹¹⁾

つまり、結核の蔓延が国力の低下につながっていったのである。特に1910年以降は、結核による年間死亡者数が10万人以上に及んでいた。

結核が蔓延する中で貧富の格差が拡大し、農民や労働者の生活は貧困と病気のため、深刻な生活苦に追い込まれていったことが分かる。

農民というと、今では田畑を持ち食料には困らないイメージを持つが、戦前の農村の実態は、寄生地主制といって、農地の所有者である地主が小作人に土地を貸し、農作物の一部を小作料として徴収していた仕組みがあったので、農民といっても自分の土地を持たない農民が多かった。このような零細農民の子どもが田畑を増やす目的や、借金返済のために、前渡金で女工として出稼ぎに行かせたのである。零細農民の食生活は貧弱であったので、女工が結核になり帰郷したいと思っても本人の希望が叶わなかったはずである。川上は、「結核女工の帰郷する農村の生活も、実は工場の重労働、寄宿舎の生活にくらべて、決してよいといえるものではなかった」¹²⁾と述べている。

もっと悲惨なことは、たとえ帰郷できたとしても、結核女工の入所できる結核療養所はなかったのである。

このような背景のなか 1910 年頃には、医療の社会化が叫ばれるようになった。

2. 結核予防対策が叫ばれ設立された結核予防団体の創設

医療の社会化とは、国民が医療を必要とするときに医療を受けられるようにすることである。この医療の社会化にはいくつかの観点があり、医療機関の社会的整備、医療の非営利化、医療費負担の軽減、医療施設運営の民主化などがある。戦後には、医療法による医療機関の経営主体の非営利化、国民皆保険制度による医療費負担の軽減などが図られるようになるのであるが、1910年代には自由開業医療制度の下で低所得者が医療を受けられないことが問題となっていた。

これに対し、1909年に三井財閥による100万円の寄付で、三井慈善病院が診療業務を開始した。大阪毎日新聞社は慈善団を組織し、関西地方を中心に、下層階級の患者のために巡回病院を設けた。さらに、実費診療所が設立され貧困層の救済がなされるようになった。

しかし、一端、治療が必要なほどの病気に罹れば、その後、ある程度の療養期間と治療が必要となるが、貧困者には十分な医療が提供できたのであろうか。特に注目すべきは結核という感染症に人生を奪われた多くの人々であり、病気によって労働力を失い経済的に困窮すれば、必要な医療を受けたくても受けられない悪循環に陥ってしまうのは言うまで

もない。

そこで、次に、医療の社会化が叫ばれるようになった1900年初頭の結核対策に視点を移してみたい。

この時期には、結核が蔓延し予防対策が叫ばれるようになり、ますます深刻化する結核蔓延に対し、本格的な結核予防対策が急務であったことから、その活動母体として結核予防会の設立が望まれ出した。1911年2月11日、施療済生ノ勅語を受けて済生会や白十字会という、結核予防団体や慈善団体が次々と生まれた。済生会は慈善事業の草分け的存在である。済生会は下賜金150万円と朝野の寄付金により運営する民間団体であるが、実際には、総裁に伏見宮貞愛親王、会長に内閣総理大臣の桂太郎を置いた管制組織である。したがって、組織の実権は内務省が握り、具体的な事業活動は地方自治体に委嘱した、産業革命後の慈恵政策を象徴する組織である。済生会の誕生をきっかけとして次々と結核予防団体がつくられた。

1913年2月11日、日本結核予防協会が誕生した。全国の結核予防団体を指導統制する組織である。1914年4月6日には、全国結核予防連合会の第1回大会が行われた。場所は大日本私立衛生会会堂であった。この大会の目的は結核予防対策や予防運動について話し合うことであった。会の挨拶は北里柴三郎が務めた。この大会には日本結核予防協会を中心に全国の結核予防団体が集結した。

その後、全国結核予防連合会は名称を変えながら1939年まで継続し大会を開催した。名称変更については、全国結核予防連合会（1914～1926年）から日本中央結核予防会（1927～1931年）、日本結核予防協会協議会（1932～1939年）と変わったが、活動内容に違いはない。いずれも日本の結核撲滅運動を推進する組織として活動し、それぞれの会において協議された内容は、患者の隔離や消毒、予防や衛生についてであった¹³⁾。

第2節 結核政策

明治後期から肺結核が流行した。結核死亡率は1905年に、10万人に対して200人を超え、1918年には257.1人であった。ところが、1919年から死亡率は減少し、1926年には186.3人まで下がり、その後、死亡率に大きな変化はみられなかったが、1933年から再び増加に転じていった¹⁴⁾。

1902年～1919年の主な結核政策については表3-1に示した通りである。

表3-1 第Ⅱ期1902年～1919年「結核対策創生期」の主な結核医療³²⁾

年	月	日	主な結核医療の歴史年表
1904	2	4	「肺結核予防二関スル件」（内務省令第1号） * 1904-1905 日露戦争
1911	3	29	「工場法」（法律第46号）制定 * 1914-1918 第一次世界大戦
1914	3	31	「結核療養所及国庫補助二関スル法律」（法律第16号） * 1914-1918 第一次世界大戦
1919	3	27	「結核予防法」（法律第26条）公布

青木正和(2004) 医師・看護職のための結核病学 結核対策史, 財団法人結核予防会, 107.

1904年、「肺結核予防二関スル件」(内務省令第1号)の法令により、痰壺以外に唾液を喀出することを禁じた。しかし、その後も結核死亡者数は10万人以上で推移し、大正中期頃までは増加傾向にあった¹⁵⁾。このことから、統一的な結核予防法規の制定を望む声の高まりを受けて、1919年に「結核予防法」が制定された。

次の第2節で紹介する日本赤十字社栃木支部より発行された、『肺結核病の注意書』¹⁶⁾(1915年2月発刊)(資料3-1)の小冊子においては、15歳から35歳までの血気盛んな年齢における全死亡数の内、1/3が肺結核であること、全国において強壯な体格を有する者を抜擢した兵員の内でも、総死亡数の約1/5は肺結核で倒れているので、実に恐ろしいものではないかと投げかけている。

1904年、「肺結核予防二関スル件」(内務省令第1号)の法令は、日本で初めての結核予防に関する法令である。公衆の集まる場所に痰壺を置くことを義務づけ、痰壺以外に唾液を喀出することを禁じたのであるが、世間には“痰壺条例”と揶揄され、痰壺を設置する程度の内容であり肺結核を予防する決め手とはならなかった¹⁷⁾。この法令には、届出制度を規定する条文はなく、この法律が1919年の結核予防法(法律第26号)の成立まで続いた。

この間にも肺結核の感染対策が各地域において行われている。その一例は、先に挙げた1915年2月に発行された日本赤十字社栃木支部より、『肺結核病の注意書』¹⁸⁾(15×11cm、全19頁)に見ることができる。すべての漢字には平仮名を付してあり、日常生活の中で感染させないための注意点について呼び掛けている。1頁目には「肺結核とは如何なる病氣か」、について、手書きの顕微鏡で見た結核菌の図が添えられている。

小冊子には次の見出しが設けてある。

- 「・肺結核とは如何なる病氣か
- ・肺結核初期の症状
- ・肺結核傳染機會の例
- ・肺結核にならぬ注意
- ・肺結核患者の攝生法
- ・病家に於ける病毒、其の他器物の消毒法は、如何にしてするか」

感染対策では、結核菌を赤色で示し、会話中の飛沫の飛び散り方、借家に入る際の住居の消毒、病人が使った衣服や夜具、生活用品は黴菌がついているから売却するようになるので、店で買った古着であれば消毒して使用することなど、生活の中で感染しやすいことを取り上げて具体的に説明してある。

また、感染対策のイメージができるように結核菌が付着した住居や食事の場面の飛沫の付着、親が子どもに食べ物を嚙んで食べさせるのはよくないことなどの図が添えてある。住居やその他の消毒については、20倍石炭酸水を使用するように説明がある。石炭酸水の説明は文末に、「二十倍石炭酸水というのは、石炭酸一合、水一升九合の割合で、溶かしたもの」と記されている。

当時は、このように具体的に説明した小冊子が配布され、肺結核の予防対策が図られていたことがわかった。小冊子の内容は、この章の最後に資料として掲載した。

この小冊子に見るように、国民に対し、結核感染予防に力を入れていたのであるが、1919

年の結核予防法（法律第26号）には届出制度に関する条文は入っていなかった。

結核の届出については、内務省が、国家が法律をもって強制すべきことを一貫して唱えていたが、これに対して北島多一（細菌学者、北里研究所の創立に際しては北里への協力に尽力した。1953年文化功労者）は、伝染病予防法と結核予防法との相違があることを述べ、伝染病予防法は取り締まりが基本であるが、結核予防法は救済であることを主張した。結核は慢性の伝染病であるために、長期の治療や療養が必要であり、そのため患者の生活は破綻する可能性が高い。具体的な救済策のないままに届出制度を強行すれば、届出制度は有害無益なものとなるというのである¹⁹⁾。

また、届出制度に反対する意見は医師会からも出ていた。その内容は2点挙げられている。1つ目は、届出制度によって患者の所在が明らかになることである。このことによって失業や結婚問題に直面する恐れがあり、医師の診察を避けて、民間売薬や民間療法に走ることになる。また、医師も意図的に患者に別の病名を付けることで患者の隠蔽に協力するようになる。

2つ目は、届出制度の実施により患者を収容する施設が必要となるが、現状では結核患者を受け入れるための十分な施設がないことである。そのため、結核患者は野放しにされる危険性がある。その他にも開業医にとっては結核患者が多いことから上客であるということである。結核患者は治療期間が長く、届出制度によって診断を避けたり公立の療養所に収容されれば、開業医の死活問題になるからである。さらに、軽費で診療する実費診療所の出現、民間売薬や民間療法の広がりである²⁰⁾。

届出制度をめぐるのは、医師会と政府等との間で対立があり、結核予防法は届出制度を条文に規定することなく、その後18年を経過した。

結核対策に関する法律のなかには、産業革命期において苛酷な労働を強いられた工場労働者において、特に幼年労働者及び女子労働者を保護することを目的として1911年に制定された「工場法」（法律第46条）がある。法律の骨子は、労働時間や深夜業の規制である。

「工場法」は、労働法の始まりとも言える法律であり、主な内容は、工場労働者（職工）の就業制限と業務上の傷病死亡に対する扶助制度であった。12歳未満の者を就業させることが禁止された。しかし、小規模工場は適用対象外であり、就業制限についても労働者全般を対象としたものではなかった。年少者と女子労働者（保護職工）について定めたに留められたことなど、労働者保護法としては貧弱なものであった。つまり、労働者の権利として合理的な労働条件を保障するものではなかった。当時は工場法制定にあたって、「産業の発達」と「国防」という面が強調され、今日の労働法のような労働者の保護を目指した法というよりも、人的資源としての労働力の保護という思想の下に制定されたものであった。

労働者の実情は非常に厳しく、人間的な扱いがなされない場合もあった。いわば不衛生な環境下で十分な休息はなく、成長発達に見合わない粗末な食事が与えられ、一切の自由がない中で使い物にならなくなるまで働かせ、重症であっても治療は受けさせてもらえず、今では想像がつかないが、まるで道具のように扱われていた。

工場法の下に、会社や工場、鉱山に「工場看護婦」と呼ばれた看護婦が置かれ、従業員やその家族の衛生指導と看護にあたっていた。ただし、法規にはこの名称はない。

1910年、松野菊太郎が貧しい人々のために報恩会を設け、1911年には白十字が設立され

た。白十字会の設立にあたっては、1911年に明治天皇より「濟世勅語」と共に貧民済生の資として金50万円が下賜され、これに感激した医師の林止が結核患者の治療と予防を目指して白十字会を結成した。島根、大阪には結核予防協会が設立された。

結核の蔓延下で、病院建設は1898年から増え始め、1911年から急速に増加している²¹⁾²²⁾。また、この明治後期は、看護の場所が家庭看護から施設看護へ変化がみられている²³⁾²⁴⁾。

この時期の療養所の建設は、1904年に石神病院浜寺支院、1911年鈴木療養所・西宮回生院など、民間の結核病院や療養所ができた。しかし、これらの施設規模は1899年に開設された200床の南湖院を除いてどの施設も100床以下であり、また、私立療養所は入院費が高額で一般の人々には手が届かなかった。そのために、施療患者の受け入れを目的として公立療養所を建設する動きが強まった。

本格的に公立療養所ができたのは、1889年に鶴崎平三郎が日本で最初の結核療養所である須磨浦療病院を神戸市西須磨浦に開設してから、約30年の歳月を経ている²⁵⁾。

1910年代に入り、療養所は大きく発展した。各地に療養所がつくられ、はじめての公立療養所も完成した。しかし、病床数は患者数と比較しわずかであった。私立療養所は高額であり、療養所はごく一部の人にのみ開かれた特別な場所ではなかった。

私立療養所と公立療養所では目的が異なる。私立療養所は「患者を治す」ことが目的であり、公立療養所は「貧困患者や重症患者の救済」が目的とされていた。療養所の増設後にも大きく変わることはなかった。

政府は結核と貧困が深い関係にあることを早くから知り、都市の結核対策として公立療養所を建設し、健康相談所や虚弱児養護施設をつくった。しかし、結核の惨状を改善する力にはならず、当時の都市の発達の人々の生活環境を犠牲にして成り立つことにより、貧困と結核の関係が終息することはできないことであった²⁶⁾。

病院建設では、1914年に「結核療養所及国庫補助二関スル法律」(法律第16号)が制定され、以下のように本格的に公立療養所の建設に着手されたが、反対運動もみられていた。

内務大臣は結核予防上必要があると認めた時に、人口三〇万以上の市に対して、療養の方途のない肺結核患者を収容するための療養所を設置するように命令することができ、その場合、建設費やその後の経常費に対して国庫は六分の一～二分の一の補助をするというのが骨子であった。これにより大阪・刀根山療養所(大正六年九月)、東京市療養所(大正九年末)がつくられ、設立をめぐる反対運動もあった²⁷⁾。

それでも、その後、1926年の公立療養所の一覧では、表3-2に示されている通り、設置数が増えている。しかし、これらの結核療養所はサナトリウムや民間病院とは違い、収容と隔離に重点が置かれていた。このことを東京市療養所の死亡率から、悲惨な実態が報告されている。1921年の死亡率は50%を超えていた。

冥途の旅の一里塚的色彩が強かったために、一般医は敬遠されていたことがわかる。それだけに入所者の医療と生活がどんなに悲惨なものだったかが推測できるといえよう。結核女工の末路と大差なかったのではないかと思われる²⁸⁾。

この記述には、結核療養所の目的が単に収容と隔離であった実態が示されている。

表3-2公的結核療養所の一覧²⁹⁾

	収容人員	収容人員 (大正14年10月)
東京市療養所	800	739
京都市立宇多野療養所	100	101
大阪市立刀根山療養所	350	306
神戸市立屯田療養所	100	84
横浜市療養院	100	93
名古屋市八事療養所	100	96
長崎市療養所	60	22
新潟有明療養所	60	38
函館市相野療養所	60	27
福島県立回春園	50	35

日本公衆衛生協会(1967)公衆衛生の発達

—大日本私立衛生会雑誌抄—, 733-735.

大正末期には私立療養所も含めると全国で3,000床となった。しかし、当時の結核死亡数は113,045人で増加を続けていた。このため1919年には人口5万以上の地方公共団体に療養所の設置を命ずることが出来るように「結核予防法」(法律第26条)が制定された³⁰⁾。

結核の病床数は、結核患者数に見合う数ではなかった。そのしわ寄せは、患者やその家族に影響し、家庭で療養する患者が感染源となれば家庭内感染も増加し、結核まん延はますます拡大することとなり、悪循環のサイクルを形成してしまう。必然的に看護する人の手も不足する。特に得たきりの重症結核患者にとっては、生活の支援が受けられないことが致命的となる。

結核死亡者数は、1904年に「肺結核予防二関スル件」(内務省令第1号)が発令された後も10万人以上で推移し、大正中期頃までは増加傾向にあったことから、統一的な結核予防法規の制定を望む声の高まりを受けて1919年に「結核予防法」(法律第26条)が制定されたのである³¹⁾。

この法律は、結核の予防および結核患者に対する適正な医療の措置について定めた法律である。後に47年という半世紀を経た1951年、全面改正され、2007年に感染症予防法に統合された。以降も昭和30年代頃までは、健康をめぐる施策が「衛生水準の向上」を中心として行われていった³²⁾。

衛生水準の向上が必要であった理由は、産業革命の進展による労働者の都市への集中により生じる劣悪な労働環境や生活環境により、結核まん延に影響するからである。1919年当時は明治末期に始まった産業革命の真ただ中にあり、日清、日露戦争、第一次世界大戦により国力は疲弊していた。欧米諸国と肩を並べるためには上下水道などの都市基盤整備が必要であったが、公衆衛生の面は後回しにするしかなく、このことが、1919年に制定された「結核予防法」(法律第26条)が深刻化する結核まん延に対して成果を上げることができなかった理由の一つである。

また、健康と衛生面への歴史を辿れば、過去に明治初期のコレラの流行から発せられている。コレラによる最初の大流行は1877年であった。その後、1895年まで8回の流行を繰り返している。1877年、内務省は虎列刺病予防法心得を定めている。その内容には届出、

交通遮断、消毒などに関する規則を定めた。2年後の1879年に中央衛生会を設け、衛生行政の基礎を築いた。同年には、虎列刺病予防規則を布達している。翌年、1880年に伝染病予防規則を定めて、伝染病対策の法律を完成させている。この規則と一緒に布達した伝染病予防法心得書には、コレラ、腸チフス、赤痢、ジフテリア、発疹チフス、痘瘡の6種類の伝染病と対処法が示されている。いずれも届出が必要な感染症である。また、予防方法を4つに区分し、清潔法、隔離法、摂生法、消毒法について説明している。この4つの予防方法は、後の結核感染予防の医学書および看護に関する感染症看護へも引き継がれている。その後の伝染病は1897年、伝染病予防法（法律第三六号）に猩紅熱、ペストを加え、届出が必要とされる感染症が8種類とされたという経緯がある。

第3節 結核治療

1. 結核医療の中核となる日本結核予防協会の誕生および全国結核予防連合会の活動内容

結核の蔓延下にあつて病院建設が1911年から急速に増加し、看護の場所が家庭看護から施設看護へと変化がみられた時期には、どのような結核治療が行われたのだろうか。

1913年2月11日には日本結核予防協会が誕生し、1914年4月6日に、各地の結核予防団体が集まり、第1回全国結核予防連合会の大会が行われたとされている。

この連合会は医者や官僚からなる組織で、日本結核予防協会が中心である。活動は年に一度全国大会を開催し、結核対策について協議する。連合会を設立した当時の参加団体は、日本結核予防協会、日本赤十字社、白十字会、済生会、大阪結核予防協会、愛知結核予防協会などであった。当時の全国結核予防連合会が活発であったことは加盟数の増加からも測ることができる。とされている。

1914年の第1回全国結核予防連合会参加団体は、わずかに10団体であったそうだが、1919年には30団体となったとしている。10年後の1924年に43団体、20年後の1934年には55団体となり、1939年10月の全国結核予防連合会解散時における加盟数は60団体を越えたそうである³⁴⁾。

全国結核予防連合会の活動内容は次の4点である。「一、連合会及各結核予防団体の事業報告」「二、外国における結核予防事業の紹介」「三、結核予防対策に関する提案・協議」「四、開催地の結核予防施設等の見学」である。

この連合会における協議事項は多岐におよび、青木純一が10項目に整理し、また各項目数を示している。括弧内は項目数である。「一、法令(61)」「二、療養所(56)」「三、消毒・衛生(33)」「四、予防会・予防運動(64)」「五、工場衛生(26)」「六、住宅(11)」「七、喀痰(13)」「八、知識普及(47)」「九、学校衛生(36)」「十、雑件・申し合わせ(115)」で、協議事項は全部で462件である。

青木が作成した、「全国結核予防連合会の分類項目別協議事項一覧表」によると、年代を前期1914年～1922年、中期1924年～1931年、後期1932年～1939年に分け、その特徴を紹介している。

前期は全国結核予防連合会の参加団体が少ないことから72件であったが、一番多かった分類項目は「知識普及」で、次いで「法令」の順であった³⁵⁾。

これらの項目から、結核対策の要であった結核の法制度、結核医療、患者教育、結核予防であったことが分かる。全国結核予防連合会で協議されたことが各地の結核対策における医療施策や看護法に活かされたことを図ることができる。

1914年～1939年まで存在した全国結核予防連合会について、青木は次のように述べている。「連合会は結核撲滅運動を生み出すことで、日本の近代化を推進した重要な組織である。一方で、一部の官僚や医者を中心とする政府の結核対策を代行する組織であり、そのため連合会は具体的に患者を救済したり、患者の要望に応じえるような活動を組織してはいない。」と、連合会の特徴と限界を示している³⁶⁾。

2. 結核治療の内容

結核医療の中核となる日本結核予防協会の誕生や、全国結核予防連合会の活動が行なわれる中、結核治療にはどのような進展がみられたのだろうか。

結核看護史第I期 1882年～1901年における治療は、「冷水浴、温泉療法、圧気療法、灸療法」の人為的療法が行われ、自然的療法は挙げられていなかったが、1900年代～1910年代には、さらに人為的療法が多様に行われていた。一方の自然的療法は、1900年代から行われている。

1900年代の人為的療法は、「理学的療法、外科的療法、ツベルクリン療法、薬物療法、身体鍛錬法、運動療法、ヘトール療法、水治療法」など、15の療法が行われていた³⁷⁾。また、自然的療法では、「飽食療法、栄養療法、空気療法、気候療法、保養療法、日光療法、転地療法、安静療法、牛乳療法」など、12の療法が行われていた³⁸⁾。

1900年代からは、人為的療法は、これまでと違って新たに外科的処置や薬物を使った治療が行われていた。自然的療法は、栄養、温暖な気候の下できれいな空気を吸い、休息できる療法が特徴である。

1910年代の人為的療法は、「強肺器、人工気胸療法、細菌的療法、化学療法、血清療法、絵画療法、海水浴、静座法」³⁹⁾など、13の療法が行われ、さらに外科的療法の発展が認められる。後にも肺結核治療として活発に行われた人工気胸療法は、1910年代からみられたのである。自然的療法では、「自然療法、天然療法」の2つが行われていた⁴⁰⁾。

肺結核の外科療法では、胸膜腔に空気を入れ肺の安静を図る人工気胸療法が行われ、1882年にイタリアのC. Forlanini（フォラニーニ）が試みている。

また、肋骨を切除して肺の安静を図る胸郭成形術は、ドイツのL. Brauer（ブラウエル）が1911年頃から行っていた。日本でも戦前から試験的に行われたが、戦後、化学療法が普及するまでは人工気胸療法が結核治療の中心であったとのことである⁴¹⁾。

注射法では、皮下注射が1850年にイギリスで開発され、大量皮下注射は1885年にイタリアで治療に使われた。日本では1910年代に普及し、のちの戦後においても結核で衰弱した患者に大量皮下注射⁴²⁾が行われている。

第4節 看護教育制度

医療では結核治療法の探究がなされる中で、患者を看る看護婦の需要は察することができるが、この時期の看護婦養成についても進展がみられたのだろうか。

国により看護婦教育の制度化が行われたのは、1915年6月30日「看護婦規則」（内務省令第9号）の制定からである。この規則によって“看護婦”の名称が法的に定められ、全国的な看護婦の身分法が制定され、看護婦、准看護婦の資格が明示されるようになった。

それまでの看護婦の名称は、平尾が、公的文書である各府県の看護婦規則や大日本私立衛生会雑誌、明治期の代表的な病院の看護婦養成史などから調査し、看護婦のほかに「看護補」「乙種看護婦」「速成看護婦」「別科看護婦」「看護婦見習」の5つの名称が使用されていたことが明らかにされている。これらの名称は、1915年の看護婦規則によって、看護婦、准看護婦に統一されるようになる。1915年以前の准看護婦の使用例は発見できなかったとあり、調査の結果、准看護婦の名称は、内務省令看護婦規則において初めて公に使用された新名称であることが明らかとなったことを述べている⁴³⁾。

この1915年に全国レベルの看護婦規則の制定が行われる前には、滝内隆子の調査によりまとめられた29の府県で制定された看護婦規則による下地があることが確認されている。公布年は1900年から1914年となっている⁴⁴⁾。

この看護婦規則の内容は、資料3-2、3-3（章末）の通りである。該当者には地方長官から看護婦免状が下付され、この看護婦免許を所持しなければ看護婦としての業務ができなかった。看護婦試験としている検定試験の受験要件は、義務教育であった尋常小学校卒業以上で、医師の下で1年以上看護を学んだという医師の証明が必要とされた。当時の医療の形態は開業医制であり、主である開業医の下では診療の介助ばかりでなく、家事なども行い、独学で学んで受験に備えていたことから、高等小学校卒業以上を基盤としていた指定校卒業生との学習の差は当然大きくなる。

その2か月後の1915年8月28日「私立看護婦学校看護婦講習所指定標準ノ件」（内務省訓令第462号）が定められた。この訓令により、これまで各都道府県別に定められていた看護婦学校または看護婦講習所における教育内容が全国的に標準化された⁴⁵⁾。修業年限は2年以上、主要科目は適当な医師が担当することなどが決められた。要件に該当する学校講習所が指定を受けることができ、指定の取り消しは内務大臣に報告されるようになった。この訓令の取り扱いについては、「看護婦規則並私立看護婦学校看護婦講習所指定標準」が通達された。「看護婦規則」制定以前に、看護婦に関する取締規定のない道府県において、官立・公立または日赤の学校講習所、就業年以上の適切な設備を有する学校講習所の修了生、また、他府県の看護婦試験に合格し免許を取得した18歳以上の者に対しては免許が与えられた。この指定標準は、官立・公立の看護婦学校講習所の指定にも準用された。

従来 of 看護婦養成所は、規則制定後に地方長官指定看護婦学校講習所として認可されたものと、指定標準に満たない学校とに分けられた。看護婦規則の発布がなされた翌年の1916年の時点では全国で75校が指定認可を受けた。主な学校講習所は都市に集中しており、医学校附属病院、日本赤十字社病院、府県立病院であった。その10年後には、152校に増えている。指定養成施設が少ない地方では、私立病院や医院、派出看護婦会に住み込み、見習い看護婦として働きながら短期の講習所で学んだり、独学で看護婦検定試験を受けた。こうしてその後の看護婦教育は、看護婦規則により行われていった。

看護婦規則発令によって看護婦の質の向上が目指されたが、その後の動きについては、取締りが厳しいことから看護婦会側が反対し、看護婦と警視庁の衝突があった事実が東京朝日新聞（1916年2月17日）に掲載されていること、また、未資格者は看護婦会で働く

ことができなくなり、そのため病院・医院に准看護婦や見習い看護婦が多くなった⁴⁶⁾。

一方で、看護婦規則発令により、それまで看護の土台を築いてきた看護婦としての経験者の存在を少なからずなくしたことになる。

その後、看護婦規則が改正されたのは、1941年である。また、看護婦の免許が国家免許となるのは、第二次世界大戦後の1948年「保健婦助産婦看護婦法」が公布されてからである。

1904(明37)	聖路加病院看護学校	2年	1920(大9)3年に、高女卒、アメリカの看護学校に準じた学科課程とした。昭和2.11.女子専門学校、昭和29.短大、昭39.大学へ(昭55大学院)
1915(大4)	◇18歳以上の女子、看護婦試験に合格したもの ◇受験資格は1年以上看護の学術を修業したもの ◇従来看護の業務を行っているものは、3か月以内に願書提出、地方長官の履歴審査により無試験で免許が受けられる。 ◇看護婦資格を持たないものは、地方長官の履歴審査により准看護婦免許を受けられる ◇准看護婦および看護人に対しては、本規則を準用 ◇官公私立病院に専属する看護婦には、本令を適用せず		《全国統一される》看護婦規則(内務省令第9号)制定 私立看護婦学校看護婦講習所指定標準制定(内務省訓令);指定要件6項目 ※主要な科目は、適当と認める医師をして担当させること ◇地方長官(東京府においては警視総監)の免許 ◇警視庁が大5.に告示した指定校は18校 東京帝国大学医科大学病院、同付属病院分院、伝染病研究所、東京府立松沢病院、東京市施療病院、東京市駒込病院、東京市養育院、日赤病院看護看護部卒業、済生会病院、東京慈恵会病院、順天堂医院、泉橋慈善病院、日本産婆看護婦学校本科卒業、東京鉄道病院、東京市療養所看護婦講習所、日本医学専門学校同付属病院看護婦講習所、慶応義塾大学医学部付属病院看護婦養成所、聖路加国際病院付属高等看護婦学校
1917(大6)7.			産婆規則改正、外国(朝鮮、台湾、関東州、樺太)で資格を得たものに、無条件で免許下付

資料 3-2 杉森みど里、舟島なをみ(2012)付表2 看護教育制度の沿革(近代看護教育の歴史と教育制度)、看護教育学、医学書院、東京、422。(左から年月・教育機関名および資格など・修業年限・関連制度など)

■男性看護人の活動

1915年、看護婦に関する最初の法令である「看護婦規則」(内務省令)が制定されたが、看護人に関しては附則に「男子タル看護人ニ対シテハ本令ノ規定ヲ準用ス」と規定されただけであった。

大正期以降に発展した公衆衛生看護活動は、のちの1941年「保健婦規則」に制度化されたが、保健婦は女性に限定されていた。男性保健士の誕生は、1993年「保健婦助産婦看護婦法」の改正により認められたが、この間、半世紀もの長い時間を要している。

第5節 結核患者の看護実践

看護婦規則発令によって看護婦の質の向上が目指されるようになったが、当時の病院における看護の実践面はどのようであったのだろうか。当時、感染症患者を収容していた避病院についてもみておく必要がある。

主として急性期の感染症患者を隔離した避病院の実態は、専任の医者はなく往診体制で患者を診ていたが、医療技術もなく、患者の自然治癒を待つというありさまで、世間からは避病院は病院でないという認識を持たれていた。このような状況から、病人の予後を決めるものは看護であるとして看護婦のありようが問われた。しかし、家族以外の当時の看護について、次のように述べてある。「看護人としては教養ある者はなく、唯希望する附近の婦人を雇入れるので、其補充も容易ではない」という状態であった⁴⁷⁾。

また、看護婦は大正期に至っても派出が主であり、派出看護婦の一人は若い頃の伝染病看護の体験を次のように話している⁴⁸⁾。

田舎ではどこの村でも村はずれに、一、二軒の避病舎があり、夏、腸チフスや赤痢が発生する頃になるとそこが開かれ、看護婦が派出しました。だから私たちは夏が大変忙しかったのです。まずクレゾール液を五、六本渡され、それで大瓶に消毒液をいっぱい作りました。衣類の消毒にも雑巾掛けにもこれを使ったのです。患者は病室からあふれ、廊下にわらを伸ばし、その上にむしろと布団を敷いてそこに寝かせました。糞尿には石炭液を振りかけ、さらに石油かんで煮沸消毒した後、穴を掘って埋めました。こうした仕事もすべて派出看護婦がやったのです。それから患者の重湯を作り、自分たちの食事も作りました。私は感染にはくれぐれも注意して生物なまものはいっさい食べませんでした。たくわんにも熱湯をかけて食べました。はえが一匹飛んでいても夢中で追いかけてました。

このような避病院の看護の事実も結核看護と無関係ではなく、感染症看護の歴史の事実として知っておく必要がある。

しかし、派出看護婦が当時行っていたこの業務実態から懸念することは、看護婦自身の健康にも影響があったのではないかということである。このことについて、結核対策と合わせてみていくこととする。

1. 結核対策と病院勤務の看護婦の健康

肺結核が流行した時期は、さらに時代を遡った明治後期からとされている。産業革命により、人々は過酷な労働と不衛生な生活環境を強いられ、繊維女工や軍隊の青年の間で結核が多発し、さらに帰郷した女工や兵士から伝染して全国に蔓延した⁴⁹⁾。特に1910年以降は、結核による年間死亡率数が10万人以上に及んでいた。

結核対策では、1904（明治37）年に「肺結核予防ニ関スル件」（内務省令第1号）が制定され、結核は痰を介して伝染するという学説に従うようになり、公衆の集まるところに痰壺を置き、痰の消毒、結核患者の居住部屋、使用した物品は消毒をするように決められた。しかし、政府の予算をほとんど使わず、警官による取締りが中心であったため、国民から「痰壺条例」と悪口を言われたが、結核の感染性を理解させ、公衆衛生上の一歩前進となった省令であった。

1919年には「結核予防法」が制定され、人口5万以上の地方公共団体に療養所の設置を命ずることができるようになり、法律により、結核患者は政府の管理下に入り、予防すべき存在に変わっていった。

しかし、結核施策は進められた一方で、病院内に目を向けると、そこで働く看護婦の健康状態は決してよくなかったと記されている。

済生会病院では、1916年から1926年までに、146人の生徒募集において、卒業生87人、中途退学者22人、死亡もしくは退職者48人、1916年末現在員55人と事業報告されており、数的に理解できない点があるとの指摘がある。そして、この時代は中途退学者や死亡者などが多く、原因は結核や病院実習勤務の苦労などによる挫折であったと思われると分析されている⁵⁰⁾。

おそらく、病院の感染症対策が十分でなかったことや、過酷な労働の実態があったの

ではないだろうか。労働環境の質の低下は、しだいに看護婦の心身を蝕み、やがて感染症への抵抗力を失ってしまうことにつながりかねない。

したがって、病院における看護業務の実際についてみていきたいが、1904年～1919年は資料としてほとんど残されていない。このことに関して渡辺は、看護業務については、一般的に看護婦による記録が少なく、聞き取りや地方看護史、婦人雑誌に頼るほかなく、婦人雑誌も、派出看護婦会の記事は多く見られるが、病院看護婦については少ないことを指摘している。また、この時代の特殊ともいえる慈恵医療の病院資料でも、看護業務の記載が見られなかったと述べている⁵¹⁾。

病院看護の記録が残されていないのは、病院における結核看護についても明らかにしていく上での限界を意味し、非常に残念である。

病院の看護婦に起きていた健康問題が、結核などの感染症が原因で死者まで出ていた実態から察することは、当然、看護婦の充足にも影響したのではないだろうか。

2. 戦時下における看護婦の背景および質の低下

看護婦養成については次のように記されている。

日露戦争(1904-1905)以降は、ますます看護婦の需要が高まる中で、質が低下し、病院内養成看護婦はそこにとどまり、市井の病人の看護は派出看護婦会が中心になって、伝染病看護活動がなされていた⁵²⁾。

また、1900年に日本最初の看護婦規則である東京府令看護婦規則が発布されてから、1915年に全国的に統一された内務省令による看護婦規則発布までに、15年の歳月が過ぎている。この間、東京府令を参考にして各府県ごとに看護婦取締規則が出されたが、年齢や資格の与え方など、程度を下げたものであった。

それには社会背景が大きく影響している。この時代は、日清戦争から日露戦争、さらに第一次世界大戦へと相次ぐ戦争の中で、産業革命が展開され、資本主義の急速な発達に伴い、徐々に女性が職場に進出していった。特に農村では、地租、年貢に苦しむ農家の娘たちは、紡績女工、女中、また娼婦として働かざるを得なくなってきた。こうした社会背景の中に、都市の病院、開業医院、派出看護婦会に住み込みながら資格を得ようとする、農村出身の看護婦志望者の数が徐々に増加していった⁵³⁾というのである。看護婦の質の低下は、戦時下で生活が困窮したことによる影響が大きく、看護の質を高めるには限界があったことは否めない。

川上は看護のありようについて、「看護の主流はながいこと（ほぼ戦前）派出看護婦にあったといえよう」⁵⁴⁾と述べている。また、感染症時代には、家族的感染の防止が重大事となるので、看護専門職の技術を必要としていたとのことである。

3. 派出看護婦会の規則および派出看護婦会による看護の質向上

戦時の社会背景の中で、派出看護婦会はどのような看護婦養成を目指していたのだろうか。

派出看護とは、病人との個人契約のもとに看護婦が病人のいる家庭や病院に出向いて病人に付き添って看護することをいう。派出看護婦は看護婦会に所属し、会長は患者から派出の依頼を受け、会員である派出看護婦を派遣していた。

派出看護婦会の歴史を辿ると、最初の派出看護婦会は1891年に東京に創設された鈴木雅による派出看護婦会である。派出看護婦会で働く看護婦の養成も会が独自に行っていた。看護婦の資格基準も認定規定もまったくなかったので、営利本位の派出看護婦会は十分な訓練を受けていない看護婦を派出し、社会問題になったとしている。

このような経緯もあって、1900年の「東京府看護婦規則」で、看護婦の資格が初めて制定され、派出看護婦会に対する規制が行われるようになった⁵⁵⁾。

派出看護婦会による看護婦養成の内容は、平尾により、資料3-4のようにまとめられている⁵⁶⁾。

派出看護婦会による養成では、入会資格、修学期、講師、学科目、教科書などが規定された。職業看護婦の養成と家庭看護の講習の2コースを設けていた講習所や、大関看護婦会のように通信講習会、夜学講習所を設けていた看護婦会もあった。会長であった大関和は、櫻井女学校看護婦養成所の1期生であり、派出看護婦用の教科書として『派出看護婦心得』や『実地看護法』を作成している。明治期の看護婦養成において、看護婦自身が看護書を書いたのが看護婦会を運営する派出看護婦の出身者であったことは、当時、ほとんどの養成所において医師が書いた看護書を使用していたなかで、画期的なことであったとされている⁵⁷⁾。

先に紹介した、櫻井女学校附属看護婦養成所の卒業生で派出看護婦会を設立した大関は、看護の実践を基に1899年『看護婦派出心得』を発刊している。この書はその後、1902年に再版、1906年に三版、1911年に四版、1917年に5版と重版されており、感染症時代には感染防止の重要性から、看護専門職の技術の要請が大きかったことを裏づけている。

本書に示してある派出先は、患者の自宅、地方の病舎、赤痢病舎で、急性感染症に対する看護法の注意書となっている。1904年には、日本ではじめて「肺結核予防二関スル件」が制定されたが、その後の発刊においても、結核そのものについての看護を説明した内容はみられない。「医語」の「呼吸系用語」の項目は初版から継続して、「喀血」「血痰」「喀痰」が継続して記されているが、この症状に対する看護の説明までには至っていない。また、「肺結核予防二関スル件」では痰壺の設置が示されたが、喀痰の処理は記されていない。

なお、派出看護の歴史については、高橋政子、遠藤恵美子、渡部喜美子による一連のすぐれたまとめが残されている⁵⁸⁾⁵⁹⁾⁶⁰⁾。

派出看護婦会による看護婦養成の内容

項目	養成内容																					
養成規則	東京看護婦会会則（明治 32 年）*1、博愛看護婦会会則、産婆看護学共修会会則、山岡看護婦会会則、杉浦看護婦会会則（明治 34 年）*2																					
入会資格、修業年限など	杉浦看護婦会では高等小学 2 年級以上の学力の者を対象とした。 年齢は東京看護婦会、杉浦看護婦会では 20～40 歳、山岡看護婦会では 17～35 歳であった。博愛看護婦会会則、産婆看護学共修会会則には年齢の規定はない。修業年限は博愛看護婦会、山岡看護婦会では 2 年、東京看護婦会では修業期 1 年研究期 1 年産婆看護学共修会会則では産婆科 1 年、看護科 1 年となっている 杉浦看護婦会では入会後満 30 ヶ月は会長の命令に服す、となっている。博愛看護婦会、産婆看護学共修会、山岡看護婦会では 1 年の義務年限があった。東京看護婦会では貸費生には毎月小遣い金 1 円貸与となっている。																					
修学期、講師特徴のある養成	東京看護婦会では、修学期は前期 6 ヶ月が学科で後期 6 ヶ月は実地演習となっている。講師は教員 4 名で、検定委員に医師 2 名がいた。産婆看護学共修会の講師は西尾忠平、沼田周吉で、幹事は松本ヒテヨであった。 「中央看護法講習所」（明治 31 年）中央看護婦会主催。職業看護婦の養成と家庭看護の講習の 2 コース併置。*3 「看護学通信講習会」（明治 36 年）東京看護婦会内。大関チカ所長*4 「実地看護法夜学講習所」（明治 42 年）大関看護婦会付属。*5																					
教科書	大関チカ、「実地看護法」、明治 41 年																					
学科目	山岡看護婦会、明治 34 年、2 ヶ年 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">修身</td> <td style="width: 33%;">包帯学</td> <td style="width: 33%;">看護実地演習（1 年）</td> </tr> <tr> <td>看護学総論</td> <td>急救法</td> <td></td> </tr> <tr> <td>解剖学大意</td> <td>消毒法</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生理学大意</td> <td>伝染病看護法</td> <td></td> </tr> <tr> <td>物理学大意</td> <td>食養法</td> <td></td> </tr> <tr> <td>外科学大意</td> <td>薬剤養法</td> <td></td> </tr> <tr> <td>内科学大意</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	修身	包帯学	看護実地演習（1 年）	看護学総論	急救法		解剖学大意	消毒法		生理学大意	伝染病看護法		物理学大意	食養法		外科学大意	薬剤養法		内科学大意		
修身	包帯学	看護実地演習（1 年）																				
看護学総論	急救法																					
解剖学大意	消毒法																					
生理学大意	伝染病看護法																					
物理学大意	食養法																					
外科学大意	薬剤養法																					
内科学大意																						

出典：*1 看護史研究会：派出看護婦の歴史，勁草書房，1983，*2 工藤鐵男：日本東京医事通覧，日本東京医事通覧発行所，1901，*3 中央看護法講習所，中外医事新報，441 号，1898，*4 看護学通信講習会，看護婦人矯風会雑誌，20 号，1903，*5 厚生省医務局：日本看護制度史年表，1903，より作成した。

資料 3-4 平尾真智子（1999）資料にみる日本看護教育史，看護の科学社，19。

4. 『実地看護法』における結核看護法

『看護婦派出心得』には結核看護の実践について記されていなかったが、同著者である大関による 1908 年『実地看護法（初版）』には、目次に肺結核看護法が設けられていた。

この書は、看護史研究の分野においてよく知られている。

本書が発行されて 1 世紀以上を経ているが、現在のように医療と看護が発展していなかった時代に、看護の先人達が自身の実践による知見をまとめた書から学べるということが多くあるということは、決して過言であるとはいえない。それゆえに、看護教育における看護歴史教育の乏しさと、本書の活用がなされていないことは残念である。

『実地看護法』は、1908 年の発刊後、5 版を重ねて 1926 年まで版行されている。初版は大関が 50 歳であったことから、自身が実践してきた看護に必要な知識と看護技術の集大成の書であるとみなすことができる。日本人の女性による日本で最古の本格的看護教本とされている。

この書は、20 世紀を控えて日本に根づいた近代的看護の具体的あり方や技術を示すばかりでなく、現代医療の中で、患者不在の看護に心を痛める多くの良心的な看護婦に、ひとつの手がかりを与えるものである⁶¹⁾。

大関の人物像は書の内容からも窺えるが、1926 年の 5 版に掲載してあった肖像画⁶²⁾（資料 3-5）から誠実な人柄が感じられる。当時の医療と疾患に伴う症状、および患者の病状と心理を見据えて行う看護の技術に関して博学であり、患者の期待に応えようと最善の看護

を追求し、真心をもって行動してきた雰囲気が伝わってくる。目元には相手の感情を受け止める優しさが感じられる。

初版の表紙をめくると「博愛」⁶³⁾(資料 3-6)と大きく書いて掲載している。博愛はギリシャ語を由来とするヨーロッパ由来の概念であり、一般にすべての人を平等に愛することを意味する言葉である。大関は、キリスト教系の正美英学塾に学び、その間、キリスト教への入信と牧師のすすめにより、1886年、桜井女学校看護婦養成所に28歳で入学し、第1期生となり2年間学んでいる。その後の活動においては、クリスチャンで基督教婦人矯風会の幹事として廃娼運動などにおける社会的運動家でもあった。「博愛」という文字を1頁に1文字ずつ掲載しており、愛と奉仕の精神により、苦境においては相手を許し、現在の看護の原点を築いてきたことと推察する。

『実地看護法』⁶⁴⁾(資料 3-7)の構成は、第1編～第3編と付録からなる全334ページの大作である。第1編は「看護法」第1～第41、第2編は「傳染病」第42～第69、第3編は「普通内科病」第70～第80、「付録」(一、日誌記載例其用語・二、流動性食物調理法・三、看護婦取締規則)となっている。表紙は、資料 3-6に掲載した。

なお、目次の内容は、資料 3-8のとおりである。当時の看護婦がどのような医療に関わり、また、その看護を行なってきたのか、目次に設けられた項目から大関の業績のすばらしさを知ることができる。

第2編「傳染病」の第66には「肺結核看護法、並に咯血患者の所置」について9頁を割き、肺結核看護を行う上でもっておくべき知識と症状に対して看護婦が行う処置について書いてある。

214頁に第66「肺結核看護法」として見出しを付け、冒頭には、大関による肺結核の原因と病態の特徴についてまとめてある。原文から解釈した内容は次の通りである。

肺結核の原因は結核菌であり、この病態は、肺の実質を腐敗させ、人体に最も大切な酸素の吸引力を減退させ、血液循環を妨げ、精神を養うことができなくなり、遂に死に導かれる最も恐るべき病であると説いている。

その病状の初期は、消化不良、神経衰弱または肺炎などが全治しないことから肺結核に罹ることもある。体温は不規則で、朝 35.8～35.9度より 36.2～36.3度位、夕 38.8～38.9度さらに 39.5～39.6度に至るが、高熱のわりに気分は悪くないとしている。

身体は次第に衰弱し、睡眠中は多量に発汗する。精神は活気を失い、常に辛く悲しく苦しい状態を呈し、神経過敏で物事が気になり激しやすい性格は肺結核症の特徴であると記されている。

これらの肺結核の病状として記された内容は、その後、化学療法が導入されるまでの患者の特徴にも見られたものであり、結核治療法がなかった当時の大関の豊富な看護経験を十分察することができる。

肺結核の看護法については、この病態生理の説明文に続けて、6つの看護法について説明されている。

その内容は「摂生法」、「衣服」、「食物」、「入浴」、「予防法」、「咯血患者の処置」であり、予防の視点が重視されている。

この内容を頼りとして、「結核患者の療養上の世話」、「結核患者の診療の補助」の2つの視点から当時の肺結核看護の実際についてまとめる。ただし、原文を解釈し読みやすいよ

うに記すこととする。

1) 結核患者の療養上の世話

目次第 66 の「肺結核看護法」より、結核患者の療養上の世話についてまとめる。

(1) 摂生法

気候が温暖な地に転地させ、静かで温かい部屋に入れ、温暖な日には窓を十分開けて酸素を吸う。

(2) 衣服

毛織物が最良である。寝具は余り温かくしすぎない。

(3) 食物

滋養が多いものを与える。鶏肉、鶏卵、牛乳、牛肉、肉搾汁などが最も適している。肺結核患者の胃腸は悪くないので、軟らかい滋養食をできるだけ与えることがよい。ただし、重症に至ったら、必ず腸結核を併発するので、その時は注意しなければならない。牛乳は必ず煮沸して用いること。

(4) 入浴

軽症者は、午前の熱発しないうちに入浴する。

重症者は、毎朝、冷水で清拭するか、または毎日温湯で全身を摩擦し、あるいは洗うこともある。発汗が多い人には、酒精を温湯に加え清拭し、乾拭することもある。または、止汗剤を与え、肌着の交換を度々する。

重症に至ると、呼吸困難、胸部疼痛、咳嗽、喀痰、頭痛、下痢などの諸症状を起し、精神の異常をさらにきたす。

(5) 予防法

病室は常に清潔にする。

空気の流れを十分にし、喀痰の消毒を厳重にし、ウイルスが他に漏れないようにする。

ウイルスは喀痰に交じり、体外に出て、乾いた埃とともに空中に散布され、これを吸うことによって人体に入るとの説があるので、ウイルスを空中に飛散させないようにつとめねばならない。

身体が強壮な人は、ウイルスが身体に入っても感染しないが、虚弱の人は、すぐに肺に侵入し、繁殖し、生涯不治の病となるので、厳重に予防消毒法を守らねばならない。

消毒法は、500 倍の昇汞水、20 倍石炭酸水、または重曹水がよい。

肺結核はこれまで不治の病としてきたので、現在、肺結核病者に対し、この病を明らかにしないため、公に消毒法を実行せず、隠密に消毒し、本人に悟られないようにする場合がある。その時は看護にあたる者が最も困難とする所である。当然、精神上大きな関係があるようならば、臨機に処置をしなければならない。その場合には、重曹が最も良い。無色、無臭で高くない。重曹で結核菌は必ず死すとの説である。もし、消毒が不十分になる時は、第一に伝染の危険を被る者は患者自身である。もともと肺が弱いので、侵される所まで害される。次にその患者に接近する妻子、または看病人である。

そのようなことから、看病婦はもちろん、患者自らも消毒法を厳重に守らなければ、社会道徳上の罪人となる。

ウイルスの喀痰はもちろん、唾沫または呼息によって排泄するとの説であるから、室内は空気の流通を良くし、空気消毒の方法をとらねばならない。

衣類、寝具、布団の類は、この消毒または熱気消毒をしなければならない。

病人が転地し、または死亡した時は、病室を十分に消毒する。ホルマリン消毒を第一とする。

死亡した人の衣類、夜具等は一切家に置かず、貧民、または乞食等に施せば、家に害なし消毒の必要なしという者がいるが、これは甚だしき誤ちである。貧民も乞食も皆天下の人民にて、私たちと同様な靈魂を備える者であるから、この悲惨極まりなき病に罹らせてはならない。一切消毒しないうちは他人が触れることを禁じる。

(6) 喀血患者の処置

喀血患者は皆が肺結核とは限らないが、主に肺結核に多くある。

手当は、①安静、②冷罨法、③言語を禁じ、④熱い食物を禁じることである。

①安静

広い静かな部屋に、軟らかい布団を胸部が開くように掛けて静かに仰臥させる。

②冷罨法

胸部、または頭部に氷嚢を置く。ただし、氷は細かく砕いた物を4分位詰め、空気を除いて口の先を固く結び、平らにして薄くし患部に置く。

③言語を禁じる

石盤、または用紙硯を備えて置き筆談する。言語は咳嗽を誘発することがある。咳嗽により喀血するようであれば、咳嗽が出ないようにつとめなければならない。咳嗽が激しい時は、吸入法を施し、または医師の指示により皮下注射を施行することもある。

④熱い食物を禁じる

食物はあまり熱い物を与えないよう、微温がよい。一度に多く食べないよう、牛乳または粥汁など、流動性の物でも、5勺あるいは1合を限度とする。胃の膨満は、肺を圧迫する恐れがある。

以上の①～④に続けて、次の3項目についての説明が記されている。

⑤病室の温度は60度以下がよい。ただし、この数値を見る限り、あまりにも高温であるため不明である。あまり温暖な時は喀血を誘発する。ストーブの燃し方、または火鉢の火に注意しなければならない。

含嗽剤は、どのような物でも医師から与えられた物によって度々含嗽するとよい。多量の喀血がある時は、赤色の含嗽薬を排水器、痰壺にも入れておき、患者に悟られないようにする。これに付き添う看護婦の同情の涙は、この職にある者として慎まねばならない所である。常に食塩水を床枕に備えて置き、喀血の際に少し飲ませるか含嗽させる。

⑥便秘

便秘する時は、グリセリン浣腸を行うとよい。ただし、患者に腹圧を与えてはいけない。いつも溜まっているようならば、多量の薬液を浣腸する。

喀血が逆上しないよう、注意すること。

⑦喀出物はすべて充分消毒する。

2) 結核患者の診療の補助

『実地看護法』による結核患者の診療の補助は、目次第 66「肺結核看護法」に特に示された内容はみられないが、そのほかの項目を見ると、治療として薬剤に関する処置は、医師の指示を受けて看護婦が行うものと記されている。

例えば、目次第 26 の「皮下注射法」では、皮下注射法は医師が施行すべき物であるが、熟練した看護婦には命じられることもあるので、その方法を心得ていなければならないと説明してある。

また、目次第 25 の「吸入法」では、薬剤に関わる吸入薬の量と吸入時間について、「量時間の長短は医師の命によるものであり升。」と、治療に関わることは医師から指示を受けて看護婦が行うものであると説明してある。

そのほかにも医師に対する記述が見られる。

第 1 編の「第 2 看病婦心得」に、「看病婦は医師の命によりて職を務むるものでありますれば、是に對するに禮義を正し、假りに批評がましき言葉などなす事なく、常に尊敬の意を表さねばなりません。」また、別の項目には、これと類似する内容が次のように記されている。

「看病婦の勤めは医師の命に従ひて忠實に職に従事するものであります」とある。

このように、看護婦は医師の指示の下で看護を行なうことが基本とされていた。また、

患者が苦痛を訴ふる事あるも、医師に報知し其命に非らざれば治療等決して手を下してはいけません、薬も同様であります、而し身軀に害なき救急の處置丈は致さねばなりません。

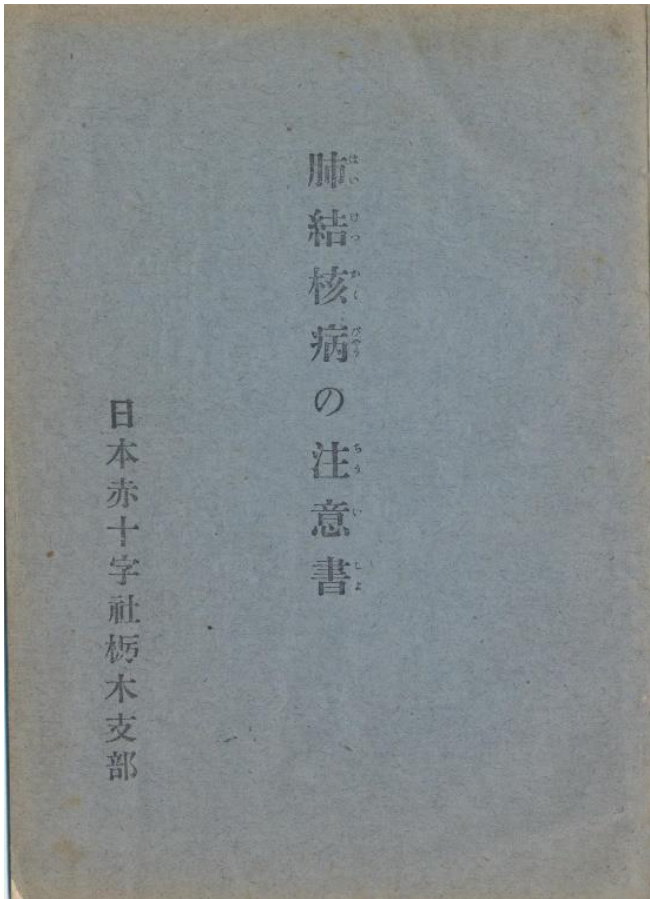
と説明があるように、看護婦は医師に報告してから処置をしなければならないが、人体への影響のない処置は看護婦の判断で行ってよいこととされていた。

こういったことから、患者の訴えなどの症状に対する医師への報告は診療の補助であるとみなすことができる。このことに関し、第 1 編の「第 2 看病婦心得」には次のように記されている。

「食物用法、薬用時間、病室内の装置、并に清潔法、空気の交換、温度の平均等によく注意し、患者の容軀は明細に記載なし、医師に報告する事。」

この文面から、患者の病状について詳細に記録することも診療の補助の 1 つであったと知ることができる。現在と同様に、正確な記録と医師への報告が看護婦の業務として求められていたのである。

資料 3-1 日本赤十字社栃木支部 (1915. 2. 10) 『肺結核病の注意書』 (塩見所有)



緒言

明治四十年六月倫敦に於て開かれたる第八回萬國赤十字總會は「各國赤十字社が平時に於て肺結核撲滅に従事し就中徴兵検査に於て又は入隊の後結核病者又は結核に罹るの虞ある者として斥けられたる輩に特別の注意をなさんことを希望す」との意見を可決したり

日本赤十字社も夙に此に觀る處あり病院に於て結核病の救療に重きを置き且つ曩きに該決議により國內に於て壯丁の結核病の虞ある者の爲めに肺結核病の注意書を編纂し之を壯丁に頒與ありしが今茲に當支部は該注意書に基き本書を編纂し之を廣く管内に配附し以て結核病の豫防と撲滅との一助たらしめんとす此書を読む者能く其意を諒し攝養懈怠なくんば當に其人の幸福のみならず又同胞の福祉を増加するに至らん

大正三年十二月

日本赤十字社栃木支部

肺結核とは如何なる病氣か

肺結核とは、俗に云ふ肺病のことで、極細い結核菌と云ふ微菌に因つて起る病氣である。この微菌は、顯微鏡でなければ到底見ることが出来ぬもので、肺病患者の痰の一塊中には、何千萬と云ふ程、多數の結核菌が含まれて居る。隨て、其の痰の出て來る通路に當つて居る、口中とか、唇とかにも、全部に結核菌が着いて居る。其れ故肺病患者が、咳嗽や、噴嚏したり、高聲で談話をしたりするとき、其の口から飛出す痰唾の微細い飛沫中には、多數の結核菌が含まれて居る。其れを他人が吸込めば、其の人に肺病が傳染る。結核菌は、乾燥しても、一ヶ月や二ヶ月で、容易に死ぬものではないから、地面などに略いた痰唾が、乾燥して塵埃と

なつて、空氣中に混じつて居るのを吸込んでも傳染る。肺病は遺傳病だと思つて居る人も少くないが、實際は斯くの如くして傳染る傳染病である。肺病患者の子に肺病の多いのは、親が親であるから、其の子も亦肺病に罹り安い體質であるのと、又一つには、親が肺病であれば、其の微菌を子に傳染す場合が多い爲めである。



元來、肺病は凡ての病氣の内でも最も蔓延して居るもので、我が國では此の病氣の爲めに死ぬものが年々八萬余人の多きに達してゐる。殊に十五才以上三十五才迄の血氣盛んな少壯者の内、其の三分の一は實に肺結核である。又陸海軍現役者の如き、特に全國に於て最も強壯なる體格を有する者を抜擢した兵員の内でも、其の總死亡數の約五分の一は、此の病氣で倒れて居る。實に恐しいものではありませんか。

肺結核初期の症状

肺結核の初期は、多くは神經衰弱にでも罹つて居る様な症状で、身体精神共に疲勞を生じ易く、又食欲も餘り進まず、安眠も出來ず、時々感冒を引いて、咳嗽や、咯痰が容易に治りません。其の外肩が張つたり、胸部に一種の疼痛杯があつたりする。尙一層此の容態が進んで來ると、

三

温が不整に昇つたり、盜汗をかいたり、顔色が漸次蒼白になつて、赤味のさした血色は失つて仕舞ひ、身体は次第に肉が落ちて、羸瘦て來ます。又時としては、突然血を咯いたりして、其れから肺結核が初まるものがあります。何人と雖も、茲に示した様な症状が顯はれたら、直ちに醫師の診察をお受けなさい。時々血を咯いたり、又病氣に消長があつても、決して怖氣がつたり、落膽したりしてはなりません。不幸にして此の病氣に罹つた時は、無論醫師にかゝるが良い。而して、一切醫師の命令に背反してはならぬ。肺病は、從來不治の病の様と思つて居る人が多いが、現時では大分治療の途が開けて來て、治療の人が多から、決して落膽してはならぬ。就中、初期に十分の手當をすれば、大抵治療るものである。併し二週間や三週間で治療るものではないから、忍耐持久手當をせねばなりません。

肺結核傳染機會の例

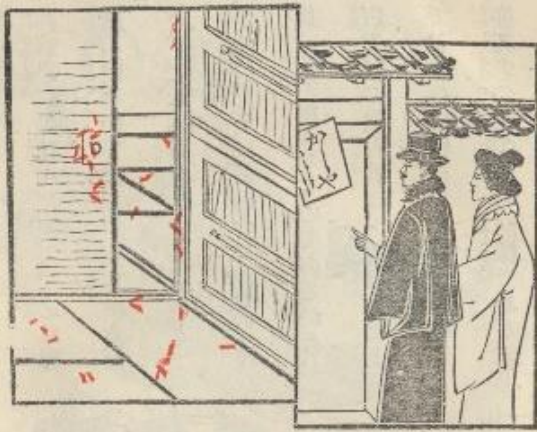
肺病患者の使用つた煙管、茶碗、皿、箸、其の他の食器類、手水盥、手拭、はんげち、襟巻、衣服、枕、蒲團、其の他の諸道具、患者の起臥した室の敷物から、板間、疊、障子、襖杯には、知らず識らずの内に痰唾が附着することがあるから、他人が是等の物品を使用つたり、或は之れに觸接つたりする爲めに傳染することもある。又肺病患者と談話するときには、患者の唾液が掛らぬ様、患者とは、四尺以上の間隔を置いて談話するが良い。此の位の間隔があれば、假令患者が咳嗽や噴嚏をしても、唾液が飛附く様な虞れが無く、先づ安心であ

五

ります。
 又人の家を借りるに就て注意を要することは、其の家に、前に肺病患者が住つて居らぬとも限らぬから、臺所の飲食に關係のある部分は勿論、その他、壁、柱、戸、敷居、障子、押入等、手の届く高さまでは、十分に二



六



十倍石炭酸水を撒布けるか、又は、之を浸漬した布を以て擦拭き、其の上で、外に搬出することの出来るものは、搬出して十分日光に曝すかよい。尙天井まで消毒が出来れば、其れに越したことはない。

七

肺病患者の死んだ家で、之は微菌が附着いて居るから危険である、と云ふ事を知つて居ると、多くは患者に使用した衣服、夜具、杯を賣却するものであるから、店で買った古着は、消毒した上でなければ使用つてはならぬ。亦死者の記念品も同様である。



八



又親が肺病に罹つて居ることが解つて居れば、勿論であるが、知らぬ間に肺結核に罹つて居ると云ふこともあるから、平生でも、親が小兒に、食物を嚙んで喰させるのは良くない。
 宴會の席などで、盃の献酬も、氣を附けてせぬ方がよい。吸付煙草もよろしくない。

九



未だ其の外にも注意すべきことは、貸本や、紙幣の様に多くの人に渡るものは、指先を嘗めて頁を繰つたり、紙幣を数へたりせぬ様にするがよい。
宿屋に宿泊するときには、蒲團、枕杯に清潔に洗濯した白布を被せるがよい。



肺結核にならぬ注意

業務に従事して居るものは、屢々休息して疲労を避け、適當の運動をなし、食物は滋養分の多い、消化し易いものを多量に用ひ、食事の際には十分に能く咀嚼で食べ、食後は歯牙を清潔にして、食物の残滓などが、歯の間にとまつて居らぬ様にし、夜は、十分安靜に睡る習慣を付け、少くとも八時間は眠る様にすることがよい。
常に新鮮な空気を呼吸する様に強め、室内の空氣交換は十分に之をするがよい。可成り室内にのみ閉ぢ籠らず、天氣晴朗の日は屋外の空気を呼吸する様にし、朝は早く起きて、呼吸操法即ち深呼吸とか、又は、冷水摩擦とかを執行して、感冒を引かぬ様に注意することが必要である。さて深呼吸は如何して行るのがよいか、其の一例を挙げれば、毎日屋外で空氣の清潔な場所に直立し、兩手を左右に伸ばして、上方に擧げながら、徐々に十分に鼻から空氣を吸込む。そして二三秒後に、前とは反對に兩手を身体の兩側に付く迄で、下げながら悉皆空氣を呼出す。又吸つては出し、吸つては出し、之を五六回乃至三四十回繰返して行るのである。
又冷水摩擦とは、毎朝冷水に浸して、堅く絞つた西洋手拭で、一二分間全身を摩擦り、其れから乾燥いた西洋手拭で、手早く十分其の濕潤を取り、且つ摩擦るのである。運動は、戶外運動が最もよい。即ち庭球、風揚、体操、游泳、端艇操法、郊外散步等がよい。

肺結核患者の攝生法

不幸にして肺病に罹つたものは、一切醫師の命令に従ひ、手當としては、塵埃や、煤煙や、微菌杯の可成含まれて居らぬ、清潔な空気を吸ふことが一番必要である。松でも生えた海濱の、人家の稠密でない様な所に住むが良い。又この外、前節に述べた、凡ての注意が必要であるが、殊に滋養分の多い、消化し易い、例せば牛乳、鶏卵、魚肉、柔らかき野菜杯を澤山に攝取し、身体の疲勞ぬ様にしなければならぬ。又、病氣を家族に傳染してはならぬと云ふ考を以て貰ひたいのである。即ち親子、兄弟姉妹、夫婦の間柄でも、肺病を患つて居る者に向つて、汝の痰唾は危険であるから、痰壺の外に略いてはならぬ。汝の使用つた茶碗や皿は、直接消毒しなければならぬ杯と云ふのは、何となく氣の毒な氣持がする。其の茶碗や皿を他の家族のものと別に取扱ふのは、如何にも薄情の様な氣がする。之が普通の人情である。故に患者は、自から進んで痰唾の處置を嚴重にし、食器でも、夜具でも、總て自分に關係のある物件は、他の家族のものと、確然區別を立て、自分で消毒をするか、又は、消毒を求める様にせねばならぬ。之は唯他の家族の爲めのみではない、自分の身体から出た微菌でも、之が再び自分の身体に浸入れば、病氣が重くなる事があるから、一つには自分の爲めである。又患者や家族は、他人に對しても之と同様の考を持ち、之と同様にせねばならぬ。例せば、來客に出す茶碗、其の他の器物は、患者に全く關係のないものを出す様にせねばならぬ。患者の着た夜具衣類杯は、消毒もせずに、濫りに賣却たり造つたりしてはならぬ。

病家に於ける病毒、其の他器物の消毒法は、如何にしてするか

肺結核の豫防には、痰唾の處置が一番大切である。患者の痰は必ず消毒液を入れた一定の痰壺に吐き、十分消毒の出來た上、之をお棄てなさい。其には、曹達消毒法が最も輕便で、そして確實なる効力があります。其れに用ふる痰壺は瀬戸物で、大きさは五寸四方位、圓筒形で、蓋の附いて居るものが宜しいのです。



其の内底には、洗濯曹達を粉末にして、薄く一面に敷いて置きます。患者が、此の痰壺の中に痰を吐いたら、蓋を取放して置いてはなりません。患者の吐いた痰が溜つたら、其の痰の厚層だけ、洗濯曹達の粉末を、一寸だけ其の上に敷詰める譯です。其れから、グラク、沸騰した熱湯を、其の痰壺の中へ、八分目程注ぎ入れ、其の熱湯が、自然に冷るまで其の儘にして置けば、結核菌は美事に殺されて仕舞ひ、完全なる消毒が出來て、最早此の痰は、何處へ棄て、も、他に危険を及ぼす虞れのないものになつて居ります。肺結核患者の痰の處置は、此の方法にするのが一番よい。素人にも容易く出來て、確實な効果もあります。略痰の消毒は、此の通り嚴重にしないでなりませんから、患者は一定の痰壺の外、濫りに痰や唾液を吐いてはなりません。若し無暗に何處へでも痰や唾液を吐かれたら、病毒は何處まで蔓延するか、測り知ることが

一八

出来ません。患者は必ず、この注意を怠つてはなりません。肺結核患者の部屋は、屢々障子を開放して、新鮮な空氣と交換し、又十分日光の射入やうにし、常に清潔にして置くことが肝要です。又痰唾の附着て居る物件や、其の疑あるものは、消毒した上でなければ使用つてはならぬ、即ち患者の使用つた物件は、二十倍石炭酸水中に、可成長く浸漬して置くか、又は煮沸の一番よい。浸漬することも、煮沸ことも、出来ぬものは仕方が無いから、二十倍石炭酸水を、間隙なく撒布けるか、又は、之を布に浸漬して擦拭くがよい。衣服、蒲團杯、右の方法で消毒することの出来ぬものは、蒸氣消毒法を行ふより外に仕方がない。併し唯微菌が附着して居りはせぬかと云ふ、僅かな疑のある位に過ぎぬものであれば、能く日光に曝した丈けでもよい。序に言つて置くが、二十倍石炭酸水と云ふのは、石炭酸一合、水一升九合の割合で、溶したもので、其の一升の代價は十五錢内外である。又蒸氣消毒法と云ふのは、蒸氣で蒸す法であります。



一九

大正四年二月五日印刷

大正四年二月十日發行

栃木縣廳構内

日本赤十字社栃木支部

字都宮市杉原町三二六四番地

印刷者 阿部善藏

字都宮市杉原町三二六四番地

印刷所 下野印刷株式會社

電話 二二五九番
七二五番

資料 3-3 「看護婦規則」

資料 2-1 看護婦規則

〔大正四・六・三〇〕
内 令 九

- 第一条 本令ニ於テ看護婦ト称スルハ公衆ノ需ニ応シ傷病者又ハ褥瘡看護ノ業務ヲ為ス女子ヲ謂フ
- 第二条 看護婦タラムトスル者ハ十八年以上ニシテ左ノ資格ヲ有シ地方長官（東京府ニ於テハ警視總監以下之ニ倣フ）ノ免許ヲ受クルコトヲ要ス
- 一 看護婦試験ニ合格シタル者
- 二 地方長官ノ指定シタル学校又ハ講習所ヲ卒業シタル者
- 地方長官免許ヲ与フルトキハ看護婦免状ヲ下付ス
- 第三条 精神病者、伝染性ノ疾患アル者又ハ素行不良ト認めル者ニハ免許ヲ与ヘサルモノトス
- 第四条 看護婦試験ハ地方長官之ヲ施行ス
- 試験科目ハ左ノ如シ
- 一 人体ノ構造及主要器官ノ機能
- 二 看護方法
- 三 衛生及伝染病大意
- 四 消毒方法
- 五 包帯術及治療器械取扱法大意
- 六 救急処置
- 第五条 一年以上看護ノ學術ヲ修業シタル者ニアラサレハ看護婦試験ヲ受クルコトヲ得ス
- 第六条 看護婦ハ主治医師ノ指示アリタル場合ノ外被看護者ニ対シ治療器械ヲ使用シ又ハ薬品ヲ授与シ若ハ之カ指示ヲ為スコトヲ得ス但臨時救急ノ手当ハ此ノ限ニ在ラス
- 第七条 看護婦其ノ住所ヲ他ノ道府県ニ移シタルトキハ十日内ニ免状ノ写ヲ添へ後ノ住所地ノ地方長官ニ届出ツヘシ
- 前項ノ場合ニ於テ後ノ住所地ノ地方長官ハ其ノ旨ヲ前ノ住所地ノ地方長官ニ添付スヘシ
- 第八条 看護婦免状ヲ毀損亡失シタルトキハ其ノ事由ヲ記シ二十日内ニ住所地ノ地方長官ニ再下付ヲ願出ツヘシ但毀損ノ場合ニハ毀損シタル免状ヲ添付スヘシ
- 族籍氏名ニ変更ヲ生シ又ハ生年月日ノ訂正ヲ要スルトキハ其ノ事由ヲ記シ二十日内ニ免状ヲ添へ地方長官ニ書換ヲ願出ツヘシ
- 亡失シタル免状ヲ発見シタルトキハ直ニ之ヲ地方長官ニ提出スヘシ

第九条 看護婦廢業シタルトキハ二十日内ニ免状ヲ住所地ノ地方長官ニ返納スヘシ

看護婦三年以上其ノ業務ヲ営マサルトキハ廢業シタルモノト看做ス

看護婦死亡シ又ハ失踪ノ宣告ヲ受ケタルトキハ戶籍法ニ依ル届出義務者ヨリ二十日内ニ免状ヲ返納スヘシ

第一項及第三項ノ場合ニ於テ免状ヲ返納スルコト能ハサルトキハ其ノ事由ヲ届出ツヘシ

第十条 看護婦第三条ニ該当シ又ハ業務ニ関シ犯罪若ハ不正ノ行為アリタルトキハ住所地ノ地方長官ハ期日ヲ定メ業務ヲ停止シ又ハ免許ヲ取消シ免状ヲ返納セシムルコトアルヘシ

本条ノ取消処分ヲ受ケタル者ト雖モ疾病治癒シ又ハ改悛ノ情顯著ナルトキハ再免許ヲ与フルコトヲ得

第十一条 免許ヲ受ケスシテ看護ノ業務ヲ為シ若ハ停止中其ノ業務ヲ為シタル者又ハ第六条ノ規定ニ違背シタル者ハ五十円以下ノ罰金ニ処ス

第十二条 第七条第一項第八条又ハ第九条ノ規定ニ違背シタル者ハ科料ニ処ス

附則

本令ハ大正四年十月一日ヨリ之ヲ施行ス

本令施行前地方長官ニ於テ与ヘタル免状、免許状、免許証ハ本令ニ依リ下付シタル看護婦免状ト看做ス

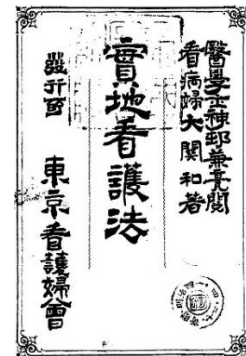
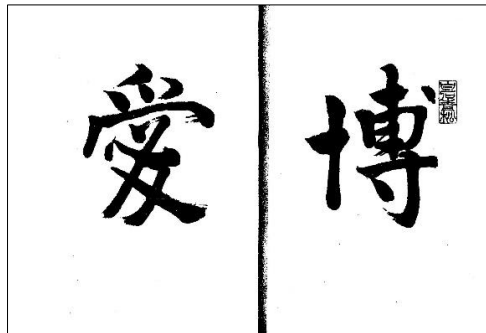
本令施行ノ際現ニ地方庁ノ看護婦名簿ニ登録ヲ受ケ居ル者ハ本令ニ依リ免許ヲ受ケタル者ト看做シ看護婦免状ヲ下付ス

本令発布ノ際現ニ看護ノ業務ヲ為ス者ニシテ本令施行後三月内ニ願出ツルトキハ地方長官ハ履歴ヲ審査シ試験ヲ要セス免許ヲ与フルコトヲ得

前項ノ免許ハ本令第二条ニ依ル免許ト同一ノ効力ヲ有スルモノトス

地方長官ハ第二条ノ資格ヲ有セサル者ニ対シ当分ノ内其ノ履歴ヲ審査シ看護ノ業務ヲ免許シ准看護婦免状ヲ下付スルコトヲ得

准看護婦及男子タル看護人ニ対シテハ本令ノ規定ヲ準用ス



- 62) 資料 3-5 大関和 (1926) 『実地看護法』(5 版) 新友館.
 63) 資料 3-6 大関和 (1908) 『実地看護法』 東京看護婦会.
 64) 資料 3-7 大関和 (1908) 『実地看護法』 東京看護婦会.

資料 3-8 『実地看護法』(1908 初版) 写真挿入・目次など概要 (国立国会図書館)

	目次	
	第一編 看護法	
第九	病床の造り方	三六
第八	病床の位置并に附屬品	三五
第七	病室の清潔法	三〇
第六	病室の温度	二九
第五	病室換氣法	二六
第四	病室位置并に準備	二四
第三	看病婦の病家に聘せられし時の心得	一六
第二	看病婦の心得並に特に慎む可き事	三
第一	看病婦の資格	一

第十	患者の衣服	三六	第二十八	洗滌法	八三
第十一	就褥	三八	(一) 胃洗滌	(二) 口内洗滌	(三) 耳洗滌
第十二	視衣交換并に換褥法	四〇	(五) 尿道洗滌	(六) 膀胱洗滌	(七) 腔洗滌
第十三	患者温保法	四三	灌腸法並に注腸法		九五
第十四	褥瘡の注意	四四	(一) 瀉下灌腸	(二) 藥液灌腸	(三) 滋養灌腸
第十五	洗拭及浴法	四六	坐藥挿入法		九九
(一) 洗拭法	(二) 浴法	(三) 藥湯	消息子用法並種類		一〇一
(四) 入浴時并に時間			塗擦法並に塗敷法		一〇五
第十六	藥用法	五六	按摩法		一〇九
第十七	食物用法	六〇	發泡荷貼付法		一〇
第十八	轉温測定法	六四	瀉血法並に水蛭法		一一
第十九	脈搏測定法	六五	睡眠に對する注意及其介輔		一一四
第二十	呼吸測定法	六六	第三十	皮膚に對する注意並に發汗介輔	二七
第二十一	洗面並に含嗽法	六六	第三十一	皮膚に對する注意並に發汗介輔	二七
第二十二	梳髮	六七	第三十二	呼吸並に咳嗽介輔	二九
第二十三	温卷法	六八	第三十三	消化器に就ての注意並に介輔	三一
(一) 乾温卷法	(二) 濕温卷法	(三) 酒精温卷法	(四) 巴布		
(五) 芥子泥					
第二十四	冷卷法	七五	第三十四	便通介輔並に便質	二四
(一) 冷水卷法	(二) 氷卷法	(三) 冷濕布法			二九
第二十五	吸入法	七八	第三十五	放尿介輔並に尿の定量、性分、略試驗法	二九
(一) 揮發吸入法	(二) 蒸氣吸入法				
第二十六	皮下注射法	八一	第二編 傳染病		
第二十七	點眼法	八二	第四十二	傳染病看護婦の心得	三三
			第四十三	傳染病看護法並に消毒法附消毒藥溶解法	三七
			第四十四	傳染病區別	四六
			第四十五	腸窒扶斯兆候並に看護法	四八

第四十六 發疹窒扶斯兆候並に看護法……………一五九

第四十七 赤痢兆候並に看護法……………一六二

第四十八 虎列刺兆候並に看護法……………一七〇

第四十九 實扶的里亞兆候並に看護法……………一七四

第五十 猩紅熱兆候並に看護法……………一七八

第五十一 痘瘡兆候並に看護法……………一八一

第五十二 百斯篤兆候並に看護法……………一八五

第五十三 麻疹看護法……………一八六

第五十四 再起熱看護法……………一八八

第五十五 流行性感胃看護法……………一九二

第五十六 百日咳看護法……………一九三

第五十七 麻拉里亞看護法……………一九五

六

第五十八 丹毒看護法……………一九八

第五十九 創傷實扶的里亞||敗血病||膿毒症……………二〇三

第六十 破傷風看護法……………二〇四

第六十一 脫疽看護法……………二〇五

第六十二 脚氣看護法……………二〇七

第六十三 產褥熱看護法……………二〇九

第六十四 義膜性肺炎看護法……………二一一

第六十五 加答兒性肺炎看護法……………二一三

第六十六 肺結核看護法並に咯血患者の所置……………二一四

第六十七 疥癬看護法……………二二二

第六十八 微毒||淋疾||下疳||便毒の看護法……………二二三

第六十九 眼炎看護法……………二三八

七

第三編 普通内科病

第七十 腦膜炎看護法……………二三〇

第七十一 腦溢血看護法……………二三一

第七十二 心臟病看護法……………二三三

第七十三 急性肺炎看護法……………二三五

第七十四 氣管股加筆兒看護法……………二四〇

第七十五 肋膜炎||胸水并に腹水穿水手術看護法……………二四一

第七十六 胃病||胃痙攣||胃潰瘍||胃癌||吐血看護法……………二四五

第七十七 腹膜炎看護法……………二四九

第七十八 盲腸炎看護法……………二五二

第七十九 腎臟炎看護法……………二五五

八

附 録

第八十 德瑞質斯看護法……………二五九

一 日誌記載例其用語……………二六五

二 流動性食物調理法……………二七二

三 看護婦取締規則……………二七七

目 次 終

<注>

- 1) 入谷貴夫(2015)明治期の町村是運動と地域政策, 宮崎大学教育文化学部紀要 社会科学 32号, 43-68.
- 2) 横山源之助(1949)日本之下層社会, 岩波文庫, 149-150.
- 3) 横山源之助(1949)日本之下層社会, 岩波文庫, 162.
- 4) 現代日本病人史一病人処遇の変遷一(1982)勁草書房, 348.
- 5) 細井和喜蔵(1954)女工哀史, 岩波文庫, 194-195.
- 6) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一勁草書房, 348-349.
- 7) 土屋喬雄校閲(1976)職事情 第一巻, 新紀元社, 141-142.
- 8) 細井和喜蔵(1954)女工哀史, 岩波文庫, 204-205.
- 9) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一勁草書房, 351.
- 10) 谷川健一編(1971)近代民衆の記録一娼婦一, 新人物往来社, 403-404.
- 11) 青木正和(2003)結核の歴史, 講談社, 25.
- 12) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一勁草書房, 358.
- 13) 青木純一(2004)結核の社会史, 御茶の水書房, 53-54.
- 14) 青木純一(2004)結核の社会史, 御茶の水書房, 175.
- 15) 1章 我が国における健康をめぐる施策の変遷
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-01.pdf> (2021. 4. 17)
- 16) 日本赤十字社栃木支部(1915. 2. 10)『肺結核病の注意書』, 3.
- 17) 青木正和(2003)結核の歴史, 講談社, 東京, 98-115.
- 18) 日本赤十字社栃木支部(1915. 2. 10)『肺結核病の注意書』
- 19) 青木純一(2004)結核の社会史, 御茶ノ水書房, 152-153.
- 20) 青木純一(2004)結核の社会史, 御茶ノ水書房, 156-157.
- 21) 看護史研究会(2002)看護学生のための日本看護史, 医学書院, 87.
- 22) 厚生省医務局(1976)医制百年史資料編, ぎょうせい, 54-56, 271, 589, 788-792.
- 23) 小稗文子(2004)近代の看護書にみる消毒の変遷ーコレラ・赤痢・腸チフス・肺結核の排泄物に焦点を当ててー, 看護歴史研究, 2, 19-25.
- 24) 小稗文子, 石井範子(2004)下田歌子の書物にみる明治・大正時代の「家庭の看護」, 秋田大学医学部保健学科紀要, 12(2), 105-113.
- 25) 青木純一(2004)結核の社会史, 御茶ノ水書房, 69.
- 26) 青木純一(2004)結核の社会史, 御茶ノ水書房, 217.
- 27) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 398.
- 28) 川上武(1982)『現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 400.
- 29) 日本公衆衛生協会(1967)公衆衛生の発達一大日本私立衛生会雑誌抄一, 733-735.
- 30) 青木正和(2008)わが国の結核対策の現状と課題(1)「わが国の結核対策の歩み」, 日本公衛誌, 55(9), 667.
- 31) 平成26年版厚生労働白書(2014)第1章 我が国における健康をめぐる施策の変遷, 5.
- 32) 青木正和(2004)医師・看護職のための結核病学 結核対策史, 財団法人結核予防会, 107.
- 33) 平成26年版厚生労働白書(2014)第1章 我が国における健康をめぐる施策の変遷, 4.
- 34) 青木純一(2004)結核の社会史, 御茶の水書房, 59-65.

- 35) 青木純一 (2004) 結核の社会史, 御茶の水書房, 164.
- 36) 青木純一 (2004) 結核の社会史, 御茶の水書房, 93-94.
- 37) 38) 39) 40) 青木純一 (2004) 結核の社会史, 御茶の水書房, 28-29.
- 41) 青木正和 (2004) 医師・看護職のための結核病学 結核対策史, 財団法人結核予防会, 67-68.
- 42) 大量皮下注射の注射部位は大腿部内側や腹壁であり、看護婦たちは注射により膨れ上がった部位に蒸しタオルをあて、補液の吸収を促した。大量皮下注射は疼痛が強いこと、針が折れて迷入針となる危険があること、また輸液内容に制限があることなどの欠点があり、一時期行われていなかったが、最近では在宅での栄養補給として実施されるようになった。吉山直樹 (1991) 大量皮下注射から IVH まで 注射の変遷 (河合千恵子・藤田久美子編注射と看護, 看護 Mook, 38, 11-21.)
- 43) 平尾真智子 (2002) 大正 4 年看護婦規則制定以前に使用されていた看護婦の名称について, 日本歯科医史学会第 30 回学術大会一般演題抄録, 日本歯科医史学会, 265.
- 44) 平尾真智子 (1999) 資料にみる日本看護教育史, 看護の科学社, 12, 24.
- 45) ①必要な校舎・実習病院を有し、適当な設備・器具を備えていること、②寄宿舎を設けること、③教育内容は、人体の構造及主要器官の機能、看護方法、衛生及伝染病大意、消毒方法、包帯術及治療器械取扱法大意、救急処置という看護婦試験科目に修身を加えた科目を教授すること、④生徒の入学資格は高等小学校または高等女学校 2 年以上の課程を終えた者、⑤修業期間は 2 年、⑥主要科目は医師が担当すること、⑦授業を 3 分の 1 以上欠席したものは卒業できず、という要件である。(日本看護歴史学会編 (2014) 日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 78.)
- 46) 渡部喜美子 (1982) 大正看護史 [2] 看護婦規則をめぐって, 看護教育, 23(2), 医学書院, 129-130.
- 47) 井上昌子・神谷昭典 (1965) 防疫対策の基本的性格, 医学史研究, 16 号.
- 48) 遠藤恵美子 (1978) 大正時代の派出看護, 看護実践の科学, 11 月号.
- 49) 青木正和 (2003) 結核の歴史, 講談社, 98-115.
- 50) 渡部喜美子 (1982) 大正看護史 [4] 病院における看護一その 2, 看護教育, 23(4), 医学書院, 258.
- 51) 渡部喜美子 (1982) 大正看護史 [4] 病院における看護一その 2, 看護教育, 23(4), 医学書院, 259.
- 52) 渡部喜美子 (1982) 大正看護史 [1] 大正看護の前史 明治から大正へ, 看護教育, 23(1), 医学書院, 66.
- 53) 渡部喜美子 (1982)、大正看護史 [2] 看護婦規則をめぐって, 看護教育, 23(2), 医学書院, 125.
- 54) 川上武 (1988) 現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 66.
- 55) 看護史研究会 (1983) 派出看護婦の歴史, 勁草書房.
- 56) 平尾真智子 (1999) 資料にみる日本看護教育史, 看護の科学社, 19.
- 57) 平尾真智子 (1999) 資料にみる日本看護教育史, 看護の科学社, 9.
- 58) 高橋政子「明治時代の派出看護」(医学史研究, 47 号, 1976.) (看護実践の科学, 6-9 号, 1978.)

- 59) 遠藤恵美子「大正時代の派出看護」(医学史研究, 47号, 1976.) (看護実践の科学, 10-11号, 1978. および1号, 1979.)
- 60) 遠藤恵美子および渡部喜美子「昭和前半・後半の派出看護」(医学史研究, 48号, 1977. および49号, 1978.) (看護実践の科学, 2, 3, 5, 7, 8号, 1979.)
- 61) 藤原幸江 (1990) 『実地看護法』と大関和, 岡山県立短期大学紀要, 33(2), 111-123.
- 62) 資料 3-4 大関和(1926) 『実地看護法』(5版) 新友館.
- 63) 資料 3-5 大関和(1908) 『実地看護法』東京看護婦会.
- 64) 資料 3-6 大関和(1908) 『実地看護法』東京看護婦会.



第IV章

結核看護史第Ⅲ期 1920年～1936年、戦時下において医療体制が発達した 「結核対策増進期」

はじめに

本章において対象とした1920年～1936年は、結核患者数の増加とともに重症化した患者も増え、ますます療養の場が必要とされたが、結核死亡数の多さと療養所の設置数の不足が問題であったことから、公立療養所も本格的に建設が進められたものの、病床数の不足は改善されなかった。

それゆえ、この状況が結核患者の生活にどのように影響したのか、また、病床数の絶対的不足が地方の結核患者に影響したこと、社会が生み出した女工の結核患者が帰郷しても入院できなかったのはなぜなのか、この女工の結核患者の行く末をみていくとともに、農村における結核問題の深刻さについて捉える。

そして、当時の結核政策とともに、結核治療の進歩状況を概観し、この時代に病院で行われた看護実践を調査する。しかし、残念ながらこの時代には看護実践内容について記録されたものがないとの報告があり、1920年に設置された東京市療養所を頼りに、この施設で求められた看護婦の資質について探る。また、看護婦の資質低下の問題が懸念されていた背景には、病院看護婦の需要を満たすための見習い看護婦の存在があったことについてもみていく。

本章の対象時期の初期には1922年に、日本で最初の「健康保険法」が成立しており、次の結核政策をみる前に、この法律に関わる医療政策の経緯を概観しておくこととする。

結核患者について言えば、この健康保険法により、いわゆる法の下に結核患者が入り、医療政策としてはじめて生活保障の段階に入り、受療の機会を得ることができるようになったのである。結核患者にとっては療養の場が整っていない状況にあって、1つの大きな救済であった。

これまでの明治から大正期の医療政策は、貧民救済対策、軍人対策、伝染病対策、労働災害対策と進められてきた経緯がある。明治期の政策においては、個人の疾病に対して国は放任し、個人がその負担に対応していた。国は医学校の設立、医師法の成立、官公立病院の設置など、医療の供給に関与し、伝染病対策の法律を制定したのである。そして、明治後期には、個人の対応のみでは貧困と疾病について十分な対応ができなくなり、労働組合や工場での共済活動が見られるようになった。このような社会情勢に対して健康保険は、労働組合や工場の枠を超えて、疾病に対し公的に対応することとなった。医療に対する政策を社会政策とし、個人の責任ではなく国の責任が問われるようになりだしたのである。

健康保険法は、工場法と鉱業法を業務外の傷病に対しても拡大したものである。その特徴は、業務上・業務外の災害・疾病及び死亡・分娩に対し単一の保険として給付すること、被保険者は両法の適用工場・事業所の労働者と年収 1,200 円以下の職員に限り強制保険とすること、保険料は労資 1/2 ずつの負担をすること、運営は政府管掌が原

則だが、常時 300 人以上使用の大企業は健康保険組合を設置しうることなどである。

しかし、健康保険法はさまざまな欠点があることを、次のように指摘している。

①業務上の傷病に対しても同時に保険の対象としており、これは労働者にとって不利な点である。このため業務上の災害に対する資本家の責任が曖昧となっている。②国家責任が形式上認められているが、国庫負担が低く、また非営利が不十分である。③被保険者は工場法・鋼業法の適用工場・事業所の労働者と年収 1,200 円以下の職員に限定され、また給付範囲に疾病等の長期疾病を含んでおらず、給付対象者・範囲が狭く制限されている。④運営は基本的には政府が掌握したシステムであり、労働者の経営への参加が充分でない。また、健康保険組合が企業の労務管理に利用されてしまう可能性がある。⑤医療供給体制を放任する形で成立している、などの評価がなされている¹⁾。

日本で最初の健康保険法は、このような問題を持ちながらも、医療政策においては従来の救済政策から工場法を発端とする社会政策へと発展し、初めて生活保障の段階に至ったものであり、充分ではないが結核患者は受療機会を得ることができた。しかし、結核で長期療養にある患者は対象から外れていた。

第 1 節 結核政策

結核看護史第Ⅲ期の結核医療政策においては、従来の救済事業から社会政策への流れの中で、初めて労働力の再生産の場である生活への保障に至った時期である。このような中で結核政策は、どのように進められたのであろうか。

1919 年から結核患者の死亡率は減少し、1926 年には 10 万人対 186.3 人まで下がり、その後、死亡率に大きな変化はみられなかったが、1933 年から再び増加に転じ、結核予防法が改正された 1937 年には 204.8 人を記録した²⁾。

結核死亡率は、これまでの産業革命による経済的な発展、工場法の制定、結核療養所の建設などで大正の中期から僅かずつ減少を見せていたが、1931 年の満州事変の勃発による戦時体制の進展と共に再び増加に転じた。戦時体制の進展により、結核はさらに増加の一端を辿り、特に男性の死亡率の上昇が著しかった。

この時期の主な結核医療については、表 1 に示す通りである。結核患者が増加する中、1936 年に結核病学会において間接撮影法が発表され、結核の診断と病状経過の把握が容易にできるようになっていった。その一方、結核患者数の増加とともに重症化した患者も増え、ますます療養の場が必要となったが、歴史を辿ってみると患者数に応じた療養所の設置は困難を要していた。

日本の療養所の設置は 19 世紀末から 20 世紀初めまで、ほとんどが私立によるものであったが、1914 年に「肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル件」が公布されたことにより、公立療養所も本格的に建設され出した。しかし、各地で反対運動が起こり、療養所の建設は思うようには進まなかったという背景がある³⁾。1920 年には、国庫補助により東京中野療養所が開設されたが、入所できる人は限られていたこと、また、結核死亡数の多さと療養所の設置数の不足が問題となっていた。

そのほかにも 1920 年の公立療養所は、東京市療養所（東京市）、大阪市立刀根山療養所（大阪市）、横浜市療養院（横浜市）、神戸市立屯田療養所（神戸市）の 4 カ所であった。のべ通

院患者は150,285人であるが、4つの療養所の合計病床数はわずかに1,050床であったとされ、入所希望者の需要にはほど遠かった。その原因は、結核がうつる病気として嫌われ、療養所の建設は住民の反対運動によって難航したからである。1916年、内務大臣によって東京市療養所の開設が認可されたが、すぐに地域住民による反対運動が起きている。反対運動は国家に対する暴挙であるとする世論の反発とともに衰退したが、建設中の放火などの嫌がらせもあり、東京市療養所の開設には4年の歳月が経っている。また、当時の反対運動は大阪市立刀根山療養所の他にも各地で起きていた。連合会は、療養所の建設が結核予防対策の最重要課題としたが、1919年の「結核予防法」には結核療養所反対運動に対する処罰の規定は設けられていなかった⁴⁾。

公立療養所としては、1920年に設置された東京市療養所がある。病床数は500床を設け、肺または喉頭結核で療養の途なき者を入院させ、隔離することを目的として設置された施設である。この療養所は貧困者も対象としていたが、単なる慈善事業を目的としたものではなかった⁵⁾。

1935年、東京市療養所は、「療養ノ途ナキモノ、収容」ヨリ「環境上病毒傳播ノ虞アルモノ、収容」に改められ、結核重症患者を主として収容し、「結核菌ノ撒布ヲ防グ社会的豫防施設」としたこと、また、治療方針等について東京市療養所年報に記述されている⁶⁾。病床数は1,170床に増床され、看護職員は看護婦長として松尾コト1名、看護婦190人。その他にも消毒手1人、消毒夫11人という職種も設けられていた⁷⁾。

東京市療養所の病床数の増加までには、15年も経て約2倍に増床したことになるが、その間には、結核の相談所が設けられている。1931年6月に公立結核相談所の設置がなされ、健康相談所が東京大塚に最初に設置されている。しかし、相談所の開設では重症患者の日常生活の救済には程遠く、重症患者を家族が世話をする家庭看護の苦しさが容易に想像できる。

その後、次のように結核政策が進められ、結核病床の増床について対策が講じられたものの充足には至っていない。

戦時体制の進展によって結核患者数が増加の一途を辿るなか、内務大臣は保健衛生審議会に結核予防対策の強化を諮問し、1934年に「結核予防の根本的対策」が答申され、結核病床の3,000床増床、結核発病防止相談所を人口10万につき1ヶ所、全国で650建設、結核予防法を改正し届け出制度を新設することなどを答申した。これを受けて、1936年から結核予防国民運動が展開され、1937年に保健所法の制定に至っている。そして、10カ年計画で全国に550保健所が建設されることが決められた。

しかし、当時の療養所の増床はほど遠く、1934年の結核死亡者数は131,525人に対して結核病床数は死亡者の約10%であり、肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル法律の成立後20年を経ても、政府が掲げる毎月3,000床の増床計画に現実性はなかった⁸⁾。病床数の絶対的不足は地方にも影響を及ぼしていた。

1935年頃の農村における結核問題は深刻であることを、医師の村尾圭介が『療養と予防荒野を行く』として著している。農村の結核患者が多いことを目撃し、「我邦に結核の處女地と認むべき結核皆無の農村や、山村は極めて少ない。私の見聞した所では殆んど無いに近いと云って差支えない。」こと、「せめて特別な教育を施した看護婦一人位、國家で各農村に配置し、適当な豫防法を教示することが出来そうなものである。」、「看護婦は、

学校衛生及至各種急性慢性の傳染病豫防の特別講習をして配置」し、結核教育を受けた巡回看護婦を置くべきであると、農村の結核対策が十分でないことを嘆いている⁹⁾。

結核が地方の農村において蔓延していた事実は、家族内感染の増加を意味する。家族内感染の恐ろしさは働き手を失い、家族が崩壊していくことである。また同時に家族にとって大きな問題となるのは貧困である。貧困は、低栄養を招き、免疫力の低下からますます結核患者を増加させるという悪循環を辿ることは避けられない。このことを回避するためにも結核教育を受けた看護婦による支援が望まれていた。そして、医師と両輪となって国の問題である結核感染予防対策ができる看護婦の養成とともに、結核の予防指導ができる人材が望まれていた。

とくに農村で結核の看護ができる看護婦が必要とされた理由は、昭和初期から急激に増加した無医村の問題が挙げられる。1939年には、無医村が全町村数の約1/3 (3,655町村) に達していた¹⁰⁾。その根本原因として挙げられているのは、農業恐慌にともなう農村経済の弱体化とされている。また、辺地とされる、交通条件や経済的、文化的にも他の地域と比較して住民の生活文化水準が著しく低い山間地の医療を開業医に依存してきたことの面が大きいとされている¹¹⁾。したがって、戦前まで派出看護婦のニーズがあったことと結びつく。臨終の際は1874年の明治初期に制定された「医制」¹²⁾により、死亡診断書が義務づけられ、残された家族は大変な経済的負担となり、医者にかかって倒産するか、黙って病人の死を待つかという状態であった¹³⁾。

表4-1 第三期1920年～1936年「結核対策増進期」の主な結核医療^{14) 15)}

年	月	日	主な結核医療の歴史年表
1923	1	27	日本結核病学会設立(会員数 945 人) 北里柴三郎博士らによる
* 1931 満州事変勃発			
1931			東京市立大塚健康相談所開設(日本初の結核相談所)
1934	2	27	保健衛生調査会「結核予防の根本的対策」答申
1935			東京府立静和園完成(日本初の作業療法施設)
1936	4	5	古賀良彦 第14回結核病学会で間接撮影法を発表

14) 青木正和(2004) 医師・看護職のための結核病学 結核対策史, 財団法人結核予防会, 107-108.

15) 斜体は青木純一(2004) 結核の社会史, 御茶の水書房, 結核史年報, 350.

第2節 結核治療

農村の深刻な経済状況や無医村問題が起きているなかで、結核治療は従来の対症療法から進展がみられたことがあったのだろうか、また、結核患者はどのような処遇を受け療養していたのだろうか。

結核の医療技術の治療面では、1920年～1930年代においてもなお、対症療法がなされ、感染対策では、消毒と病人の隔離に重点をおかれていた。伝染病対策は、病人よりも社会や健康者のための施策という考えがまだまだ強かった。

結核に罹患し帰郷した女工の場合には、そもそも入所できる結核療養所はなく、「農村に帰った結核女工は自宅で療養する外に道はなかった」とされ¹⁶⁾、その場合には、生活環

境の狭小化だけでなく、近隣住民からは我が身への感染による死への恐怖と差別を受けていた。川上は、帰郷した結核女工の悲惨な村での療養について、次のように述べている。

自宅での結核患者は、その階層によって一家の中に狭い居住空間を与えられるか、敷地内または近所につくった“外気小屋”的な“非病舎”に入れられ、病状にもよるが、食事は家人が運ぶことが多かったという。そして、もともと農山魚村では、ハンセン病について結核も地域住民からひどい差別を受けていたが、結核はとくに、空気伝染で何人をも犯す病気として恐れられていた。結核患者のいる家の近くには、わざわざ遠廻りをしてまでも近寄らないという状況であった。結核患者は、家人と地域住民の両方に遠慮・気兼ねをせざるをえない立場におかれていたといえよう。¹⁷⁾

この記述から、自宅療養を余儀なくされた結核患者は、家族からも引き離され、食事の配膳以外は面会がほとんどなく孤独な療養生活を送り、病状が悪化した際にはそのほとんどを自身で対処し、一人で死への恐怖を抱くこともあったであろうし、一方では、よくなることを願いつつ生活していた様子を察することができる。

農村で孤独な自宅療養生活を強いられた背景には、

結核処女地の農村に、工場（時には軍隊）から開放性の結核患者が帰郷し、地域から差別され閉塞された家族内で、死亡までの一～二年の生活を送ることにより、そこに新しい感染が生じるのは結核症の生物学的特性よりみても当然である。このくりかえしの内で、家族内に結核は蔓延していくことになる¹⁸⁾

とのことから、自宅療養の期間中に家族に多発感染させ、その家族が発病し死に至る問題が非常に大きかったからである。

以上のように、女工の結核は帰郷してもわずか1～2年後に死亡という非常に悲しい末路であったが、軍隊の結核兵士の扱いは、企業や女工の結核患者とは違って、健康管理が最も充実していた¹⁹⁾。

しかし、結核療養所についても国の施策として推進されるようになったのは1937年の日中戦争に入ってから傷痍軍人療養所の設立以後であるし、隔離された急性伝染病患者の治療も対症療法一辺倒であったとされている²⁰⁾。したがって、隔離された慢性感染症の結核患者の治療においても患者の自然治癒力に依存した対症療法であったことはいまでもなく、患者には安静と栄養が何より重要とされていたことがわかる。

この頃の結核予防に関する団体活動をみると、青木純一が作成した「全国結核予防連合会の分類項目別協議事項一覧表」では、年代を前期1914年～1922年、中期1924年～1931年、後期1932年～1939年に分け、その特徴を紹介している。全国結核予防連合会の協議事項は多岐におよび、青木純一が10項目に整理し、また各項目数を示している。括弧内は項目数である。「一、法令(61)」「二、療養所(56)」「三、消毒・衛生(33)」「四、予防会・予防運動(64)」「五、工場衛生(26)」「六、住宅(11)」「七、喀痰(13)」「八、知識普及(47)」「九、学校衛生(36)」「十、雑件・申し合わせ(115)」で、協議事項は全部で462件である。

主に結核看護史第Ⅲ期に該当する年代である中期は123件である。1923年には結核病学会が発足し、結核に対する医学的な調査や研究が本格化した背景がある。分類項目では、多かったものから順にみると、「予防運動」「法令」「療養所」「消毒衛生」であったこ

とが紹介されている。また、「工場衛生」「療養所」が急増するのがこの時期の特徴として分析されている²¹⁾。

また、中期 1924 年～1931 年における療養所事項は 15 項目あるが、その中の 14 項目は結核療養所の建設促進を求めたものであった。後期 1932 年～1939 年においても全国結核予防連合会は療養所事項を数多く協議し、「結核予防会・予防事項」と並んで最多数であった。内容は、療養所の設置、増設、補助、拡充に関するものが圧倒的に多いとされている。この時期の治療は、大気・安静・栄養を原則とする自然療法が中心とされ、結核療養所は、患者隔離と適切な療養方法を身に付けさせる場として強く望まれていた²²⁾。

日本結核病学会の設立にあたり、1923 年、第 1 回結核病学会総会の開催がなされた。学会では研究報告がなされ、1935 年頃に初感染発病学説の確立、1936 年に間接撮影法の開発についての報告があり、のちの結核対策に活かされていった。

結核療法は 1920 年代に入ると、これまでよりもさらに多数の人為的療法が行われている。

肋骨切除療法、免疫療法、結核菌ワクチン療法、レントゲン療法、ラジウム療法、電気療法、無線電気療法、電気光線療法、鬱血療法、吸入療法、酸素療法、オゾン療法、注射療法、漢薬療法、民間療法、土療法、絆創膏療法、保護コルセット法、水銀石英燈療法、金療法、紫外線療法、光線療法、入浴療法、裸体療法、雪中療法、体操療法、動物療法、砂枕法、温石療法、土砂療法、過栄養療法、断食療法、脂肪療法、ビタミン療法、信仰療法、精神修養療法、沈黙療法など、59 の療法が行われていた²³⁾。

これらの療法には、相反する効用に期待した療法もある。例えば、必要以上の栄養を摂取する過栄養療法と空腹によって治療の効果を期待する断食療法、保温効果に期待する入浴療法と雪中療法などである。

外科的療法では、1910 年代に行われた人工気胸療法に加え、1920 年代から肋骨切除療法が取り入れられていた。

自然的療法は、「森林気候療法、高地気候療法、低地気候療法、海岸気候療法、海上気候療法、胃腸休養法、内省療法」など、12 の療法が行われていた²⁴⁾。自然療法においても高地と低地の気候療法があり、効用が相反するものもみられる。

以上から、1920 年代の治療は、人為的療法においては 1910 年代よりも 46 療法に増えていることから、それだけ医療者も患者も明確な治療法が見つからない中で、途方に暮れており、患者の苦悩は計り知れない状況であったと推察する。したがって、結核患者が様々な医学的な効果のない民間療法に望みを持つこととなったのは致し方のないことである。

青木によるとこの章に該当する時期の民間療法は、「日本の医薬が伝統的な迷信や言い伝えが横行し草根木皮を薬剤として使う時代から、西洋医薬に変わる過渡期である。しかし、庶民生活の中には民間売薬や民間療法が相変わらず息づいており、誇大広告やニセ医薬も少なくない。」また、「結核患者は数の多さと療養期間の長さにおいて、売薬業者にとっては格好のお得意さまである。」と述べている²⁵⁾。

また、青木により紹介されている民間療法には、「体内殺菌剤」の注射、「〇〇蒸熱電気治療機」の紹介²⁶⁾がなされているほかにも、1927 年『療養生活』の全国各地の民間療法について「各地肺病民間療法」と題した実態調査の結果を紹介している²⁷⁾。

その記述内容をまとめて表 4-2 に示す。

表 4-2 「各地肺病民間療法」

蛇の生き膽	蛇屋より縞蛇一匹（時価三円位）を求め、逆に吊り下げて、尾部の生殖器と云われる穴より、小刀を入れて腹部に至り、そこに水晶体の小豆大の動きつゝあるもの（俗に膽を茶碗に取り水と一緒にのむ。普通之を三、四回用いて治らなければ不治と臆断、残余の肉は醬油にてつけ焼きとして副食物として食ふ。
人間の肝	肝の塊り小指大のものを三回服用、之は同郡某の家伝薬と称し、一週間分五円也、採集は水戸家騒動の際取りしものなりと云ふ。
石油飲用	石油を飲めと云うのです。用時容量随時の由、随分出鱈目なことを云つて来ると驚きましたが、これを勧めて来た人が四人もある処を見ると可成り行はれて居るやうです。
骨水	人間のもので、火葬場で手に入れるのだそうです。
硫酸	硫酸一滴を一合の水にとかして一日一回服用する。
金魚と小便	小便の中に生きている金魚を一匹投じ、一昼夜浸し一日一回盃に一杯づゝ飲むと云ふのである

1930年代の人為的療法は、「サナトリウム療法、山間療法、勤労療法、歩行療法、静動的起居療法、人口太陽灯療法」など、8つの療法が行われ、自然的療法は、「大気療法」のみであった²⁸⁾。1930年代には人為的療法が1920年代よりも51療法減っていることから、これまでの結核療法の効果が得られなかったことが示唆されていると捉える。

第3節 看護教育制度

結核の治療面ではさまざまな療法が見出され、医療の進展がみられるなか、看護においては保健婦が誕生しているが、その背景はどのようなものであったのだろうか。

看護教育制度については、1915年6月に「看護婦規則」が内務省令として制定され、2か月後の8月28日に、「私立看護婦学校看護婦講習所指定標準ノ件」が訓令として定められている。

この「看護婦規則」による教育機関の中で、聖路加は先駆的であったとされている。看護は看護婦が教育することとし、生徒は看護要員としてでなく、看護を学ぶ実習生としたのであった。創設者は、1900年1月に聖公会宣教医師として来日した、ルドルフ・トイスラー（Dr. Rudolf B. Teusler）である。トイスラーは、医療効果を上げるために、医師と協働できる看護婦が必要であるとして、1920年、高等女学校卒業生に3年間の看護教育をする聖路加国際病院附属高等看護婦学校²⁹⁾を設立している。

1927年には、旧制専門学校の聖路加女子専門学校となり、この専門学校は文部省認可による看護を学ぶ高等教育学校として初めての教育機関となった。看護は看護婦が教育するという考えは、この時からである。

しかし、1950年頃までは、看護教育を行う教科書等の教材がなかったことから、その他の教育機関での実現にはその後、20数年以上を経ないと実現しなかったことが推察できる。

文部省認可の聖路加女子専門学校の影響は、看護婦養成所の志願者の学歴志向に影響し、日赤では、入学志願者に高等女学校や実科女学校卒業者が多くなり、学力の均一化を図る

ため、1933年に日本赤十字社救護看護婦生徒・救護看護婦長候補生養成規則を制定し、入学資格を高等女学校卒業者とした。こうした看護教育の発展がみられる中で、「保健婦」が生まれている。

これまで自然災害や感染症の蔓延、不衛生な生活環境、戦時体制下の母子の健康など、地域の健康問題に対応し活動してきた看護職は、1920年代後半頃から「社会看護婦」、「公衆衛生看護婦」、「訪問看護婦」などと呼ばれるようになり、保健・医療・社会事業従事者として児童の集団感染予防、結核療養指導、母子保健・福祉活動を中心に、地域の健康支援を担っていた。

看護職から生まれた保健婦という名称もこの頃から見られ出し、結核感染予防や結核療養指導に従事していた。保健婦の名称は、実際には1928年に設置された大阪市の小児保健所で働く訪問婦を保健婦と称したのが始まりである。また、制度では、1937年の「保健所法」施行以降で、保健所職員の定員の中に「保健婦」の職名がみられたのが最初である³⁰⁾。つまり、保健婦の名称が初めて公認されたということである³¹⁾。

また、公的機関が最初に開設した保健婦養成所は、1937年の大阪府立社会衛生院である。この教育施設は、1942年に大阪府立厚生学院と改称されている。保健婦教育の制度化については、1941年7月10日「保健婦規則」の公布からであり、1915年「看護婦規則」から26年を経ての公布である。

資料4-1は、各章にも掲載した「看護教育制度の沿革」であるが、1920年～1936年の間には、1922年と1925年に看護婦規則が改正されたことのみである。年月の右の欄に該当する「教育機関名および資格など」は記載されていない。

.922(大11)		看護婦規則改正
.925(大14)		看護婦規則改正、同上

資料4-1 杉森みど里, 舟島なをみ (2012) 付表2 看護教育制度の沿革 (近代看護教育の歴史と教育制度), 看護教育学, 医学書院, 東京, 422-423. (左から年月・教育機関名および資格など・修業年限・関連制度など)

第4節 結核患者の看護実践

保健婦の誕生がみられた時期に、看護婦にはどのような資質が求められ、病院においてはどのような看護業務を担っていたのだろうか。

結核看護史第Ⅲ期 1920年～1936年における結核患者の看護は、看護婦の業務である「結核患者の療養上の世話」と「結核患者の診療の補助」の実践内容をみていくこととする。

その前に、1919年に一端減少した結核死亡率が次第に増加していったこの時期に、看護婦養成所を卒業し、のちに結核看護事業に貢献した看護婦の存在があったことを紹介しておきたい。

1. 結核看護事業に貢献した看護婦

この年代の結核看護で著名な人物について看護史に関する文献から調査した結果、『看護史の人びと 第三集』³²⁾に、1925年に日赤を卒業した古井イ子という看護婦が、結核看護事業に半生を捧げた人物として紹介されている。1967年には勲五等瑞宝章を受章した。

人物紹介として、生い立ちや、1925年3月に日本赤十字社本社病院救護看護婦養成所卒、同年、4月1日に日本赤十字社大阪府支部病院看護婦、また、同日には病院付属産婆養成所入所、そして2年後には養成所卒と記してある。看護2年生だった9月1日には関東大震災が起こり、患者を広場に張ったテントに避難させたことや火傷や刺創の腕に蛆が湧くなどの重症者看護、巡回看護に当たったことなどの経験が記されている。

結核看護に関しては、1951年2月28日から厚生省主催の結核療養所幹部看護婦講習会四カ月の課程を修了し、同年7月に実施された第二回甲種看護婦国家試験には、戦後の教育を受けた若い卒業生と肩を並べて受験し、合格している。1947年4月1日厚生省嘱託、同日、国立療養所貝塚千石荘勤務、1948年3月31日厚生技官、1951年2月28日国立宇多野療養所勤務など、その後の経歴についても詳細に書かれているが、結核看護に関する実践について書かれていないのが非常に残念である。Web上でも人物の確認ができないが、本書により結核看護事業に尽くした人物であったことを知ることができた。

2. 東京市療養所における結核看護

本章で取り扱う時期の結核療養所に目を向けると、増え続ける結核患者を収容する施設の開設が行われている。

公立療養所として1920年に設置された東京市療養所は500床を設け、肺または喉頭結核で療養の途なき者を入院させ、隔離することを目的として設置された施設である³³⁾。

結核患者が増加する中で建設されたこの施設で、まず、どのような看護婦を必要としていたのかということのみた上で、看護婦の業務である「結核患者の療養上の世話」と「結核患者の診療の補助」の実践内容をみていくこととする。

1) 東京市療養所が求めた看護婦の資質

看護の職員は、看護婦長の職があり、各病舎に主任看護婦、看護婦及見習看護婦が置かれていた。看護業務は27項目が挙げられていた。その概要は、配膳と食器消毒、内服薬の与薬、便器痰壺等の消毒洗浄、病室の清潔を保持し、室内の温度、光線の調節、換気等について医師の指示を受けること、回診時に患者の容態を伝えること、患者の容態に注意し異変ある時は医師に申し出ること、看護婦自身の自己管理として夜勤翌日の十分な睡眠、マスクによる予防等が定められており、その他、看護婦寄宿舍に宿泊することや外泊は願い出ることが定められている。

看護婦採用試験も実施され、その内容は9科目である。1. 体格、2. 品格、3. 作文、4. 読書、5. 算術、6. 筆蹟、7. 生理、8. 解剖、9. 看護法である。そのほかにも、見習看護婦採用試験は、看護婦採用試験の7～9項目を除く6科目としている³⁴⁾。

この試験科目から療養所が求めていた人材は、看護婦の資質に関する体格・品格をもち、学力に関する読解力・記述力・計算力を有しており、結核の知識、看護技術を修得し実践力を備えた、看護業務を遂行できる人であった。

3. 病院における看護業務に関する資料の限界

東京市療養所を基に、この時代に求められた看護婦については知ることができたのだが、病院看護婦が行なった看護の実際は残されていないとの報告がなされている。

渡辺による『大正看護史[4] 病院における看護』において、看護業務については慈恵医療の病院資料でも、看護業務の記載が見られず、大阪毎日新聞慈善団 20 年史（1931 年 8 月発行）、財団法人泉橋慈善員病院（三井慈善病院が改名）事業報告書（大正年間）などの書籍にも、看護業務はいつさい記述されていない。毎日新聞社の巡回病院で、大阪大学病院の看護婦たちが医局の医師に協力して患者の看護に当たっているが、それも、医師の介助の域を脱していないようであると述べている³⁵⁾。

患者中心の看護の実践がどの程度行われていたのか、結核看護史第Ⅲ期 1920～1936 年の病院看護における看護研究についても現時点で、探り当てることができていない。

4. 病院に看護婦が定着した背景および看護婦の質低下への懸念

病院における看護婦の実態については、質の確保に苦勞した経緯があったことが残されている。病院看護婦の需要を満たすために、見習い看護婦の存在があったということである。

看護婦資格を取得する場合は、東京と地方では大きく異なり、東京では、見習い看護婦のほとんどが派出看護婦か個人病院、また医院などに住み込みで勤務し、看護婦学校に通学したのち 1 か年の実地証明書を医師から得て検定試験を受けていた。

地方では独立した看護学校は少なく、病院附属看護婦養成所 1 か年終了後、検定試験によって資格を得ていた。指定校の少ない県では、これらの養成所が数箇所あって、病院看護婦の需要を満たしていた。東京のように、指定校以外の看護学校が病院と独立して設置されていたのは、特殊なことである。これは、大病院は指定看護養成所を設けていたので、看護婦の需要は満たされていたが、派出看護婦会、私立病院、個人病院などの所では見習い看護婦養成のために、医師、ならびに派出看護婦会長が、看護婦学校を開設していたからである。看護婦学校受講後、看護婦試験に合格し、資格を得た者は、ほとんど派出看護婦会に所属するようになっていったため、大正時代は、見習い看護婦の数が病院、医院に多く所属していたとのことである³⁶⁾。

しかし、このような短期の看護婦養成で検定試験によって資格を認めた状況にあっては、患者の個々の状態に合った看護の必要性についての判断と実践には限界があったことは否めない。

このころの医療政策では、1922 年に日本における最初の健康保険法が成立し、国民医療も普及していた。富裕な自宅療養患者は、重病人や結核患者など従来は家庭での看護の需要が高かったが、入院治療に変わったことから、専門の看護技術の必要性は希薄になったとされている。そのため家庭の看護婦から家政婦や付き添い婦に変わり、やがて看護婦は病院に定着するようになったのである³⁷⁾。

家庭看護から病院看護への移行期には、入院患者への看護の質の低下は否めないし、患者と看護婦間ではさまざまな支障があったであろう。この点について明確にすることには限界があることは致し方ないが、病院看護が主流となった次の結核看護史第Ⅳ期は、結核予防法が改正された 1937 年に結核患者の死亡率が 10 万人対 204.8 人と再び増加している

ため、入院患者の看護の需要はますます高くなったことが推察でき、結核患者の看護の実際を明らかにできるものと期待する。

<注>

- 1) 西村万里子(1990)日本最初の健康保険法(1922年)の成立と社会政策一救済事業から社会政策への転換一,三田学会雑誌,83(特別号1),138-154.
- 2) 青木純一(2004)結核の社会史,御茶の水書房,175.
- 3) 青木純一(2016)日本における結核療養所の歴史と時期区分に関する考察,専修大学社会科学年報第50号,5.
- 4) 青木純一(2004)結核の社会史,御茶の水書房,70-71.
- 5) 東京市療養所年報 第一回(1920)東京市役所,1.
- 6) 東京市療養所年報 第十六回(1935)東京市役所,2-3.
- 7) 東京市療養所年報 第十六回(1935)東京市役所,106-110.
- 8) 青木純一(2004)結核の社会史,御茶の水書房,72.
- 9) 村尾圭介(1935)療養と豫防 荒野を行く,不二屋書房,256-257.
- 10) 林俊一(1944)農村医学序説,伊藤書店,341.
- 11) 清水留三郎(1938)保健国策と医薬制度,婦人往来社,94-95.
- 12) 厚生省医務局(1955)医制度八十年史,印刷局朝陽会,482.
- 13) 菊池武雄(1968)自分たちで生命を守った村,岩波書店,32-33.
- 14) 青木正和(2004)医師・看護職のための結核病学 結核対策史,財団法人結核予防会,107-108.
- 15) 青木純一(2004)結核の社会史,御茶の水書房,結核史年報,350.
- 16) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一,勁草書房,364.
- 17) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一,勁草書房,365.
- 18) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一,勁草書房,371.
- 19) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一,勁草書房,379.
- 20) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一,勁草書房,56.
- 21) 青木純一(2004)結核の社会史,御茶の水書房,59-65.
- 22) 青木純一(2004)結核の社会史,御茶の水書房,71.
- 23) 24) 青木純一(2004)結核の社会史,御茶の水書房,28-29.
- 25) 青木純一(2004)結核の社会史,御茶の水書房,88.
- 26) 青木純一(2004)結核の社会史,御茶の水書房,272-274.
- 27) 編集部「各地肺病民間療法(一)」(1927)『療養生活』9(4),17-21.
- 28) 青木純一(2004)結核の社会史,御茶の水書房,28-29.
- 29) カリキュラムや教育方法はアメリカとカナダの看護教育をモデルとし,看護教育の責任者はアメリカ人ナースのミセス・セント・ジョン(Alice C. St. John)で,看護は看護婦が教育した.
- 30) 日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ,日本看護協会出版会,83.
- 31) 杉森みど里,舟島なをみ(2012)看護教育学,医学書院,東京,422. 付表 2 看護教育制度の

沿革（近代看護教育の歴史と教育制度）。

- 32) 雪永政枝(1979)『看護史の人びと 第Ⅲ集』,メヂカルフレンド社,第1版,150-170.
- 33) 東京市療養所年報 第一回(1920)東京市役所,1.
- 34) 東京市療養所年報 第一回(1920)東京市役所前掲,9-18.
- 35) 渡部喜美子(1982)大正看護史[4] 病院における看護—その 2,看護教育,23(4),医学書院,259.
- 36) 37) 渡部喜美子(1982)大正看護史[4] 病院における看護—その 2,看護教育,23(4),医学書院,260.



第V章

結核看護史第IV期 1937年～1950年、「保健所法」の制定から「新結核予防法」に至るまでの「結核対策発展期」

はじめに

本章で対象とする1937年～1950年は、戦争により国民だけでなく兵士の結核感染が増加するとともに国力が低下し、多くの人々が生活に困窮した時代であった。戦時下で兵士の結核患者が増えたことにより軍人の結核患者の収容、療養場所が必要となり、傷痍軍人療養所の設置が進められたのだが、病床数の不足によって、公立療養所などの増設が重要な課題となり結核療養所の拡充がなされたことから、国民の生活状況や結核対策とともに、本章では軍人に対する結核対策についてもみていく。

結核政策では、1937年4月5日「結核予防法の一部改正」がなされ、1919年の結核予防法制定で実現しなかった結核患者の届け出が決められ、また、1937年には「保健所法」の制定により同年に49カ所の保健所が設立され、1950年の「新結核予防法」が制定されるなど、結核看護史第IV期における結核対策について捉える。

その上で看護では1945年の敗戦後、GHQの進駐により医療制度を見直す改革、看護関係者の行政面への進出がなされ画期的な取り組みがなされたこと、また1948年「保健婦助産婦看護婦法」へと至った経緯、1951年に「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」が制定され、その後、看護教育のカリキュラムがこの指定規則に沿って行われ、看護教育制度が変わった流れについてもみていく。

その上で、病院体制の変革とともに看護婦が行った結核患者の療養上の世話、ならびに結核患者の診療の補助の実際について先行研究から探究する。

本章の主要な内容は以上であるが、戦時体制下にあったこの時期は、社会情勢を抜きにして結核政策・治療・看護を語ることが難しいため、まず、当時の国民生活の概要についてみておく。また、看護では看護関係者の行政面への進出、および戦後のGHQの進駐による看護教育改革について、ここで少し触れておく。

1. 戦争の拡大と国民生活への影響

戦時下の国民への影響は、特に農家では出兵による人手不足と子の戦病死により経済的困難を生じたが、第二次世界大戦前までの国内の暮らしは安全であった。1877年に日本国内で起こった最後の西南戦争以外は、海外の侵略戦争であったため、戦地では兵士の戦病死が問題となっても国内には被害が及ばなかったからである。

しかし、第二次世界大戦に突入すると、国民の生活の悪化とともに。“銃後”という表現がみられる。この銃後の意味は、「第二次世界大戦中には、“内地”とか国内にかわって、銃後という言葉の使われる機会が多くなった。前線（戦場）との一体感を強調する意味で使われたに違いない」¹⁾との説明がなされている。実際に、第二次世界大戦が近づくと、国民の生活は急激に低下し始め、弱い立場にある子どもや老人、病人の暮らしに影響を与えていった。そのほかにも戦争の拡大に伴い、医師の応召が増え、戦死する者も少なくなく、医療・保健の分野においても荒廃をもたらしていった。「国内に残る医師も高齢者・病弱者

か女医が主となっていたのに、“職域奉公的業務”や“防空救護業務”がふえ、多忙をきわめ体力を消耗していた。そのしわよせは日常診療における“不応召問題”となって病人の上にもふってきた。往診とくに夜間往診がうまくいかなくなり病人の不満・苦情となっていた」²⁾とされている。

中国との全面戦争になった 1937 年以降は、国民の生活が変わり、1940 年には日中戦争が長引く中、子どもの成長を願う祝いの晴れ着も軍服のような国民服ともんぺであった(資料 5-1)。



資料 5-1 1940 年七五三の写真(左),子ども茶碗に兵隊(右),山陽新聞さん太タイムズ,9,2021.6.13.

また、人々の労働は軍事産業に投資された結果、衣類や食糧生産の不足となり、その影響は国民の生活制限を強いることとなり、その他にも教育面では軍国教育によりすべての人が戦争に協力させられた。

その手段の1つが、1938年の国家総動員法であり、国民全体で戦争に備えるため、政府が議会の同意がいない勅令によって国民を強制できるようになり、これを受けて1939年の国民徴兵令により、政府は国民に軍事工場など、強制した職場で働くことを命じることができるようにもなった。仕事は選べず政府が決めた職場で働く強制労働下では、とうてい現在のような労働環境への期待は決して持てなかった。

国内の生活や労働条件を規制する考え方がいたるところで上からの強制となり、「夏になると加熱炉やコークス炉の上に行くで一〇〇度をこす製鉄所においても、労働者は自分の職場であるからには、それに耐えなければならないという管理者の考え方のために、熱中症など余り問題にならなかった」³⁾とされている。また、このような労働環境を「まさに工場の戦場化」⁴⁾と表現されている。さらに、この環境により工場での結核患者の増加をもたらしていた。この悪質な労働環境は戦争の拡大の影響であったことは言うまでもない。

旧満州から東南アジア全域に戦線が拡大していくと、特別な病気や障害のある者を除いて大多数の青壮年が軍隊に召集され、その結果、国内の生産工場や農村では、労働力の不足に陥り、この事態をうめるために戦争政策の犠牲となって転廃業を強制された自営業者に依存せざるをえなくなった。そして、1943年には、女子と年少者を保護職として成人と区別することを中止し、禁止されていた女子の坑内労働についても、妊娠以外はすべて坑内に入坑できるようになった⁵⁾。したがって、工場の熟練工の減少による弊害は、多数の外傷の引き金となった。しかし、1939年頃の医学は、工場内の器械による外傷や指の損傷

は、外科学会の問題にもなされていなかったのである。

2. 戦時の子どもと女性への影響

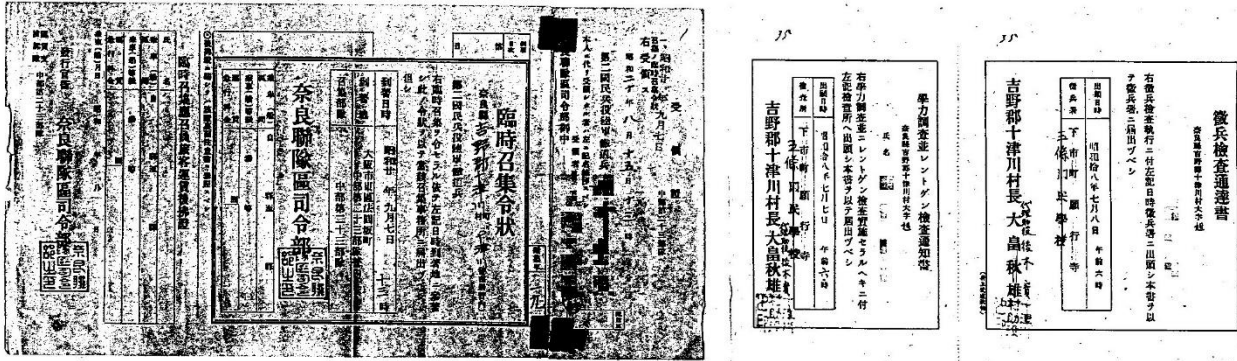
戦時下における深刻な労働環境において、社会的に弱い立場にある子どもや女性についてはどのような影響があったのだろうか。

ここでは、軍需工場の医療問題以外にも戦時の子ども兵の犠牲や政府が女性に求めていたことに触れておきたい。

戦前の日本は大日本帝国憲法で「兵役ノ義務ヲ有ス」と定め、20歳になった男性は徴兵検査を受け、陸軍か海軍に入隊しなければならなかったが、戦場が拡大すれば、兵隊の不足で、徴兵検査で選ばれなかった人や、一端、兵役を終えた人にも入隊するよう召集令状が出された。奈良県十津川村の男性への徴兵検査通達書には、「学力調査並レントゲン検査通知書」が付されている（資料 5-2-①②）。国力に影響する兵隊数は、日中戦争が始まった1937年に63万人であったが、1945年の終戦時には789万人に増員していた。この中には、途中から大学生なども学徒出陣として戦場に送られ、徴兵検査の対象は19歳に下げられた。そして子どもも例外ではなく、パイロットは陸軍、海軍ともに10代の半ばから志願でき、多数の子ども兵が犠牲となった。



資料 5-2-① 日常の暮らし変える戦争—徴兵制度で兵隊に, 山陽新聞さん太
タイムズ, 9, 2021. 6. 13.



【写真左】奈良県十津川村の男性への召集令状。役場の人が家にとどけ、右の受領証の部分を取り取りますが、この令状は1945（昭和20）年8月15日午後1時の物で、昭和天皇が終戦をつげた玉音放送が正午に流れた後だったため、切りはなされずに残りました（画像の一部が加工されています、奈良県立図書館提供）

【写真右】奈良県十津川村の男性への徴兵検査通達書。1943（昭和18）年7月8日午前6時に、別の町の国民学校に来るよう命じています（画像の一部が加工されています、奈良県立図書館提供）

資料 5-2-② 日常の暮らし変える戦争一徴兵制度で兵隊に：「学力調査並レントゲン検査通知書」
山陽新聞さん太タイムズ, 9, 2021. 6. 13.

戦争の影響は女性に対してもみられた。それまでの日本の女性は、子どもをたくさん産んで家庭を守るべきだ、という考え方が根強かったため、働きに出る機会は少なく、もちろん女性の兵隊もいなかったが、戦争の拡大で多数の男性が戦場に行き、国内の労働者は不足した。そこで政府は1941年、14歳から25歳未満の女性の勤労働員を始め、次第に強化されつつ、1944年8月には勅令で女子挺身隊を組織し、12歳から40歳未満の女性に1年間の労働を義務づけした。挺身とは、進んで身を投げだし物事に当たるといった意味で、対象はいずれも結婚していない女性であったが、動員先の軍事工場は米軍の空襲の標的となり、多くの犠牲を出している。1942年に女性も割ぼう着姿で銃を担いで訓練を受けていた様子が残されている（資料5-3）。



資料 5-3 日常の暮らし変える戦争一女性に軍事工場へ、山陽新聞さん太タイムズ, 9, 2021. 6. 13.

このような戦時下で食糧難も当然のこととして起こり、軍への人出を増やしたことにより農村は人出不足となり、作物の生産量の減少により、当時は、砂糖、米などは政府が決めた量しか買えない配給制がとられていたものである。そして、いつの時代においても国の財産である子どもは「少国民」とよばれ、小学校から国民学校に名称が変えられ、授業を通じて立派な兵隊になることが大事だと教えられ、戦争末期には国民学校の高学年の子どもも軍事工場などで労働することを強制され、当然授業も中止された。毎日の生活で使われる子ども用の茶碗には、兵隊が描かれている物も出回るようになった（資料 5-1 右）。

このように、結核看護史第Ⅳ期は、戦争により国力が低下し、多くの人が生活に困窮していた時代であった。したがって、十分な食事が摂れないことや不衛生な環境が結核患者を増やすことにつながったことは否めない。

1937年4月5日には、「結核予防法の一部改正」がなされ、1919年の結核予防法制定で実現しなかった結核患者の届け出が決められた。

また、1937年には「保健所法」の制定がなされ、同年に49カ所の保健所が設立された。

さらに1937年は、結核療養所が拡充された年であり、「国立結核療養所管制」を定め、傷痍軍人結核療養所が設置され、結核で除隊された将兵が多く療養した。公立療養所への入所は「療養の途なき者」の限定から「伝染させる恐れのある患者」と改められている。

医療政策では、戦時中の結核患者の増加に対する施策が講じられた時期である。

3. 敗戦後の国民の貧困生活と結核患者への差別

戦時の悲惨な生活環境がもたらした軍人の結核患者の増加もみられた社会において、終戦後の国民の生活や結核に罹患した患者は、どのような処遇を受けていたのだろうか。

敗戦後の国民の生活はますます窮乏し、健康と生命に大きく影響を及ぼした。

戦時中には農業に勤しむことができず、大凶作による食料不足から栄養失調となり、免疫力の低下から結核や急性伝染病に罹患しやすくなる悪循環が生じてしまう。また、当時の住宅環境は劣悪で、狭小生活空間で密室となり、結核の家族内感染が容易に起きてしまう状況であった。

このことは、1945年の乳幼児死亡率が13.1%であったことから、敗戦後の生活状況を推し測ることができる。また、その後も結核は1950年まで死因の第1位であり、多くの人々が罹患する国民病と言われていたのである。

結核に対する当時の治療方針は、3大療法と言われた大気、安静、栄養が主流であり、看護婦、保健婦などが家庭訪問をして感染予防策についての指導をすることが最重要視されていた。また、特に結核で寝たきりとなった患者には日常生活の支援が必要であるが、戦後の物資不足のなか医薬品も不足し、看護は家庭内にある物を応用して看護用具の工夫をしなければならない状況であった。

結核の多くが肺結核であり、咯血が結核の徴候としてひどく恐れられていたが、それ以上に粟粒結核・脳膜炎・腸結核・喉頭結核・骨結核などは、それにとまなう苦痛と経過の速さにおいて、病人を不安や絶望に追んでしまうため、看護の創意工夫が求められたことはいままでもない。

さらに、結核患者が苦悩したのは、社会からきびしい差別・偏見を受けるに至ったことである。結核の家族内感染が多く家族集積性の高かった当時においては、結核症が結核菌

によっておこるといふ事実がはっきりしてから、結核患者およびその家庭は、血筋・遺伝としてながいこと差別されてきた。特に、女性患者の場合には、一般にも離婚が当然といった風潮であったとされている⁶⁾。結核患者の離婚や結婚禁止は、病人の人権やその後の人生を左右する重大な問題であった。

結核患者への世間の目は非常に厳しいものがあり、結核は患者にとって深刻な事態をもたらしていたことが分かった。

戦後はGHQの進駐があったことは周知のとおりであるが、日本の看護教育にはどのような影響をもたらしたのだろうか。

4. 看護関係者の行政面への進出、および戦後のGHQの進駐による看護教育改革

看護に目を向けると、この時期には看護関係者の行政面への進出が見られるという画期的なことがなされている。

1948年7月、厚生省医務局に看護課が設けられ、ここに日本の看護行政は名実ともに独立した。初代課長には、保良せき⁷⁾が民間から任用された。1950年には、2代目課長として金子光が就任した。しかし、1956年には行政機構縮小政策の一環として廃止され、医事課のなかに統合されることとなった。

厚生省に看護課が設置されるに伴い、一部の都道府県庁にも看護課が設けられ、このような行政面の独立は、看護行政を円滑にし、また、看護婦の社会的地位を向上させることにも繋がった。そのために、課の廃止に対しては反発があり、日本看護協会は復活を要求する運動を展開した。その結果、1963年にやっと医務局内に再発足することになり、参事官であった永野貞が課長に就任するに至っている。

このような看護職の行政面の進出がみられるまでには、看護婦の戦時下での奮闘と多数の尊い命が失われている。戦争末期では、赤十字条約を破るアメリカ軍による病院船、野戦病院などの攻撃があり、従軍看護婦にも犠牲者が出た。中には、傷病兵らとともに山中に逃避し、マラリアや飢餓で死亡する者もいた。

戦時下で活動した看護婦は、傷病兵の移送や熱傷、創傷などの処置、また、様々な感染症の看護に携わり、看護婦自身の生命も危ぶまれた状況もあった。戦時中には男性と同様に国のために尽くしたが、看護婦は医師の手助けをする職業であり、社会的な地位は決して高くなかった。

しかし、1945年の敗戦後、GHQの進駐により、医療制度を見直す改革がなされ、医師の隷属であった看護の立場が変わる機会となった。

看護の教育制度が変わったのもGHQの制度改革によるものである。高等学校卒業者に3年の教育を行い、国家試験合格者に看護婦免許を交付する教育制度は、1947年12月8日「保健婦看護婦助産婦令」(政令第386号)からである。翌年、1948年7月30日「保健婦助産婦看護婦法」(法律第203号)が創設され、看護教育や看護業務、看護管理体制等のあらゆる面に影響し、後の看護婦の社会的な地位も高くなるきっかけとなった。

看護教育のカリキュラムは、1951年8月10日「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」(文部厚生省令第1号)が制定され、この指定規則に沿って教育がなされるようになった。その後、この規則は社会の看護ニーズや看護教育の発展により改正されていく。

このGHQによる教育改革は、第3節でもう少し詳細に述べることとし、先に、戦前から

戦後に行なわれた結核政策についてみていくこととする。

第1節 結核政策

戦前の結核蔓延の過程を社会的な感染→発病の経路に焦点をあてた文献によると、女工→農民→兵士の結核といった形をとって蔓延してきたとされ、結核患者が重大な社会問題になってきたのは、女工→農民の段階ではなく、兵士のところまでひろがり、それが軍の兵力低下につながることははっきりしてからだとされている。また、戦前の企業では労働者の首切りが自由であり、その補充はいつも農村から不自由しないといった状態であったために、企業の労働者の病気への関心はひどく少なかったとのことである⁸⁾。

企業が労働者の健康管理を放置していたのとは対照的に、「戦前、健康管理が最も充実していたのは軍隊であった」⁹⁾とされている。企業・女工・兵士は集団生活や肉体労働の面では共通していることであるが、兵士の結核は国力に関することであり、国にとっても最大の問題であったことに違いない。兵士の結核政策については、「軍の結核対策への関心は健兵健民政策として一連の重要な施策が推進されるにいたった」として、図5-1に示されている¹⁰⁾。そのなかで、結核療養所については、「陸海軍下士官兵にして結核のために一種以上の兵役を免ぜられたものの療養を目的として、日本結核予防協会が茨城県に開設した村松晴嵐荘が国立に移管されたのもこの時（昭和十二年）である。その後は傷痍軍人結核療養所が療養所の主流になっていった」¹¹⁾という流れがある。また、傷痍軍人結核療養所の発足以降は、入所させられることが多くなったが、それまでは結核で除隊された兵士は、軽快すれば帰郷することができていた。しかし、再発や周囲への感染リスクを考え、痍軍人結核療養所への入所が増えたというわけである。

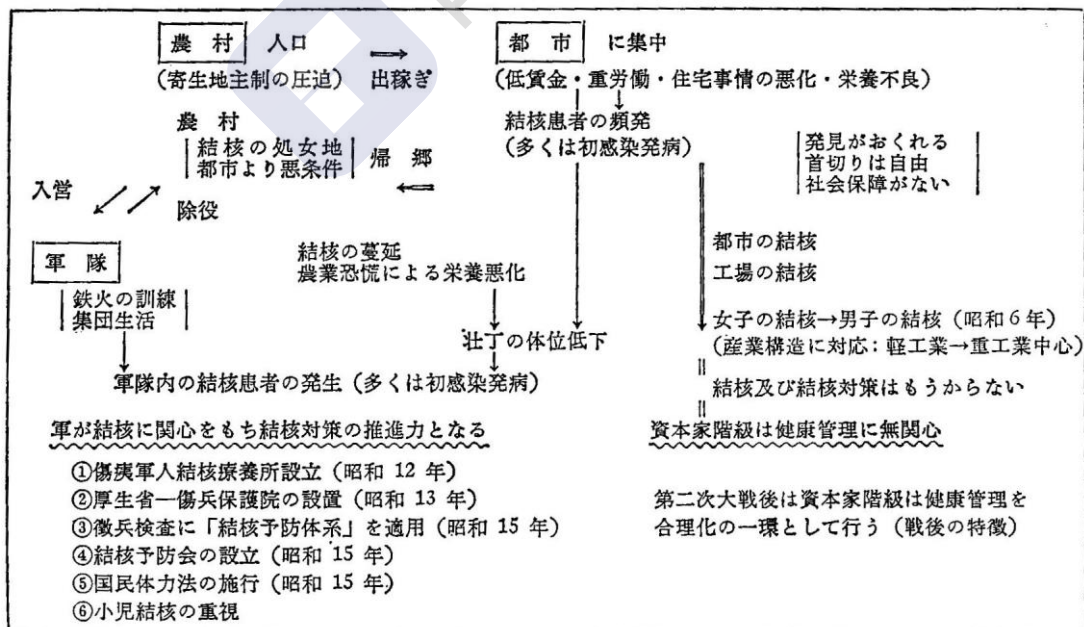


図5-1 日本資本主義発達にともなう結核の進展¹⁰⁾

この時期の肺結核は1950年まで死因第1位であった。1933年から結核死亡率は再び増加に転じ、結核予防法が改正される1937年には10万人対204.8人を記録した。政府は結核の蔓

延が国民に深刻な影響を与えていたことから、1937年に結核予防法を改正し届出制度を導入するに至った¹²⁾。

結核死亡者数が1943年～1945年は第2回目のピークにあたる時期で、医療者は結核医療と看護に困難を極めていたに違いない。しかも国家財政に占める軍事費の割合は、日中戦争が始まった1937年には5割を突破し、終戦間際の1944年には85.3%に至っている状況であった¹³⁾。結核死亡率は上昇を続け、1944年～1946年の3年は戦争末期、戦後の混乱で死亡統計を欠くが、おそらく極めて高い死亡率を示したと考えられる¹⁴⁾。

軍の死亡者もその多くが栄養失調によるものである。国内においても食糧難で極度の栄養失調では結核まん延は避けられず、病状が急速に進展し悪化してしまう。結核以外の感染症の赤痢、ジフテリア、腸チフス、発疹チフスなどの急性伝染病も爆発的に流行していた。この時期における主な結核医療は、表5-1に示した通りである。

表5-1 第IV期1937年～1950年「結核対策発展期」の主な結核医療^{15) 16)}

年	月	日	主な結核医療の歴史年表
1937	4	5	結核予防法改正（法律第41号） 保健所法公布（結核予防中心）
	6	23	「国立結核療養所管制」公布（勅令261号）傷痍軍人結核療養所の設置を決める
1938	1	11	厚生省設立（厚生省管制昭和13年勅令第7号）
1939	5	22	（財）結核予防会設立
1940	7	4	胸部X線間接撮影を徴兵検査に用いる
1940	4	8	国民体力法（法律第105号）公布
*1941			太平洋戦争勃発
1942	10		国民学校修了後就職する者で希望者にはBCG集団接種を開始
1943			日本学術振興会第八小（結核予防）委員会、BCGの有効性を報告
同年	8	1	全国1,300カ所の健民修練所を一斉に開所
1944			「国民体力法」で農村から都市部へ出る青少年、工場労働者に対しBCG接種
1944			小児結核予防所、公立健康相談所、簡易保険健康相談所を全国770カ所の保健所に統合
1945			傷痍軍人療養所を国立療養所として一般に開放
1947	3	5	「伝染病届出規則」結核が届出伝染病に指定される
1948	6	30	「予防接種法」（法第68号）予防接種法にBCGを採用
1948			東京都立清瀬小児結核保養所設立（日本初の小児結核療養所）
1949	2		研究用としてSM200kg輸入 進駐軍により日本に伝わる
同年	9		「SM国内生産確保要綱」を閣議決定、生産目標当面3,000kg/年
1950	10	28	SMの製造許可、BCG乾燥ワクチン使用を開始
1950			厚生省 結核対策本部設置

16) 青木正和(2004)医師・看護職のための結核病学 結核対策史,財団法人結核予防会,108-109.

17) 斜体は青木純一(2004)結核の社会史,御茶の水書房,結核史年表,351-352.

1936年から結核予防国民運動が展開され、1937年には「保健所法」が制定され、これによって10カ年計画で全国に550保健所が建設されることが決められた。また同年、結核予防法の一部が改正され結核患者の届出が規定された（法律第41号）。結核患者届出制度は、1919年に結核予防法が成立するまでに大きな争点となっていた。

1937年の結核予防法改正では、「環境上結核を伝染させる恐れがある患者」に限定されたため、届出は極めて不完全であった。届出制度は盛り込まれたが、結核患者や人々の強

い要望によって生まれた制度ではなく、政府主導により実現した制度であった。

政府が届出制度を導入した理由は2点挙げられている。一つは結核の流行である。もう一つは、届出制度が結核予防国策の要だからであった。結核の蔓延は軍隊、工場、学校等において極めて重大問題となっており、結核罹患者が若者や幼少年および婦人であることが多いことから国家経済や民族の発展に影響することが問題視され、本格的な結核対策に着手することとされた。内務省において出された具体策は、結核予防思想の普及、国民生活の改善、患者療養施設の整備など6項目を挙げ、その一つに結核予防法の改正があった¹⁷⁾。

さらに同年、軍人の結核患者の収容、療養場所として「国立結核療養所官制」を定めて傷痍軍人療養所を設置することとなった。しかし、病床数の不足によって、公立療養所などの増設が重要な課題であった。このことから、1937年は結核療養所の拡充がなされた年であった。

療養所の目的は3つある。1つは患者を隔離し感染を防ぐこと、2つ目は、適切な食事や自然環境のもとで理想的な療養生活を提供すること、3つ目は、在所中に正しい療養方法を身につけ、退所後に広めてもらうことである。公立の療養所の数は少ないが、収容人数は多い。しかし、公立療養所の建設が進まない背景には、建設地の選定であり、地域住民の反対運動があったからである。

これまで衛生行政は内務省の管轄下にあったが、1938年、厚生省を新設して省として独立の機関ができた。当時の戦時体制はますます厳しく、結核まん延状況も深刻さを増す一方であった。厚生省は結核対策に努め、1939年に結核予防会を設立し、国の施策を支える民間組織を一本化した。そして、6大都市に「小児結核予防所」を40カ所作り、15歳以上には国民体力管制制度を発足させた。

1940年4月8日には「国民体力法」（法律第105号）が公布された。戦時下にあつて、国民の多量働工場を目指し国家が管理するものである。未成年者の体力向上と結核予防を目指したものとされ、満17歳から19歳（1942年改正後は25歳）までの男子を対象に、毎年の身体・体力検査、結核を重視した検診が実施されるようになった。

また、1942年の改正では、乳幼児を対象とした体力検査と保健指導が導入され、乳幼児体力手帳制度が設けられた。その後、厚生省関係法令の整理に関する法律（昭和29年6月1日法律第136号）により廃止された。

1942（昭和17）年には「結核予防は国家喫緊の要務」とし、「結核予防要綱」を閣議決定した。体力検査の徹底、ツベルクリン反応陽転者を収容して発病予防を図る健民修練所を全国に1,300か所建設、36か所の傷痍軍人療養所、仮の療養所として「奨健寮」の建設などを進めた。また、1942年から国民学校を卒業して直接就職する者を対象に BCG の集団接種を開始した。

これらの努力にもかかわらず結核死亡率は上昇を続け、1944～1946年の3年は戦争末期で、戦後の混乱で死亡統計を欠くが、おそらく極めて高い死亡率を示したと考えられている¹⁸⁾。

結核以外の感染症として赤痢、ジフテリア、腸チフス、発疹チフスなどの急性伝染病も爆発的に流行したので、占領軍総司令部は、結核を含めた感染症から自国の将兵の感染症対策の推進が必要となり、公衆衛生対策について積極的に指導と援助が強力に進められた。1947年3月には結核の届出規則を改正し、結核のすべての病類の届出を義務づけ、1948年に

はBCGを含む予防接種を法制化し、BCGは生後6ヶ月以内と、30歳になるまで毎年、ツベルクリン反応陰性者には接種することとされた。

病院のあり方は1945年の敗戦後より激変した。GHQはこの年に「陸海軍病院に関する覚え書き」（11月19日）と「軍事保護院に関する覚え書き」（11月13日）を出した。これにより、陸海軍病院および傷痍軍人病院は12月1日には厚生省に移管され、一般市民の診療を行うこととなり、外局として設置された医療局の管轄下に置かれた。当時蔓延し亡国病といわれた結核や、肺炎、胃腸病などの対応に病院の診療が変化した。患者の入院は、家族がリヤカーに布団を乗せて患者を寝かせて運んでいた。入院時の荷物は入院予定日数に合わせて準備し、着替えや鍋・釜・七輪と1日2合3勺の配給米であった。家族が付き添い、廊下や庭で調理していた。

結核看護史の第Ⅳ期の社会情勢をみると1937年は盧溝橋事件を機に日中戦争が始まり、1941年には太平洋戦争に拡大し、1945年8月15日に日本軍の全面的な敗北で終わった戦時を含む時期である。戦時中には多くの犠牲を伴った。戦時中の多数の死者は砲撃によるものと捉えがちであるが、実は兵士の死因の多くは栄養失調による餓死であったことを吉田裕は『日本軍兵士—アジア・太平洋戦争の現実』¹⁹⁾で述べている。本書では兵士の立場から、死の現場の戦場の現実を明らかにしてあった。

これまでほとんど取り上げられることがなかった兵士の身体をめぐる諸問題として、被服、糧食、体格の問題、メンタル面を含めた健康や疾病の問題を綴っている。1943年のことを挙げており、陸軍も食料を後方から支給せず現地徴達を基本方針としたが、実際には民衆からの略奪であり、最大の犠牲者は中国の農民であったことが書かれている。

また、極度の過労と栄養不良が結核の温床となっていたが、結核患者に対する軍の基本的対策は排除であった。このため、徴兵検査の際にレントゲン検査を行ったとあるが、当時の軍事医学の水準ではレントゲン検査によって結核患者であるか否かを正確に判定すること自体が困難であったと、当時の医療技術の限界について記されている²⁰⁾。

結核の診断は打聴診で行われていたので、発病し排菌するようになってもなかなか診断ができない状況下にあっては、狭い兵舎で厳しい集団生活において、結核菌を排菌し集団感染が発生することも避けられず、こういったことから男性の若者の結核を全国に拡げた要因の一つに徴兵制度が挙げられているのである²¹⁾。

敗戦後の結核医療は、ツベルクリン反応検査、X線間接撮影で健康診断を実施し、結核を発見した患者には療養指導を行い、可能な患者には人工気胸療法を実施していた。これは当時の唯一の治療法であり1950年代まで盛んに行われていた²²⁾。

人工気胸療法は胸膜腔に針を刺して空気を入れ、肺を縮めて病巣の安静を図り治癒をさせる方法である。戦後のインフレ、飢餓などで衣食住ともに極度に荒廃した1945年から1947年には、戦争末期から増加傾向にあった各種の急性伝染病が爆発的に増加していた。

1946年には赤痢、ジフテリア、腸チフス、発疹チフス、天然痘などが挙げられている。これらの急性感染症の背景には衛生状況全般に問題があった。これに対し、進駐軍は公衆衛生の改善や伝染病の防止としてしらみを駆除して発疹チフスを防ぐなどの指示を出した。

また、結核対策は戦時中の対策が軍隊中心につくられていたため、すべてを再編成され、結核療養所が再編され、傷痍軍人療養所が国立結核療養所とされた。1946年には進駐軍が9月22日に「結核患者及びその疑い患者を検診によって発見し、隔離するよう」命令を出

した。

これを受けて厚生省は1947年3月5日、「伝染病届出規則」を制定した。この規則によって、従来は「他人に伝染させるおそれのある肺結核患者および喉頭結核患者」のみを届け出ることとされ、結核患者が身内から出た場合に知られることを恐れる家族に遠慮していたが、実際に届出率は極めて低い結果となり、「伝染病届出規則」の内容を改められた。従来届け出の義務がなかった麻疹、百日咳などについても届け出を義務づけるとともに、結核についてもはじめてすべての結核患者を届け出よう改められた。これも実際には結核と診断されることを避けて届け出はなかなか励行されなかったという経緯がある。翌年1948年6月30日には、「予防接種法」が制定されている²³⁾。

当時の結核患者が置かれていた社会および医療背景は患者にとって決して満足できるものではなかったことが分かる。結核と診断されれば患者もその家族も世間から偏見を持たれ、生きづらいことが数々あったと推測する。

第2節 結核治療

戦後、進駐軍から結核患者及びその疑い患者に対し健診と隔離の指導を受け、厚生省から「伝染病届出規則」の制定があるなど、結核政策の着実な進展がみられるなか、結核治療はどのような発展がみられたのだろうか。また、このことに関する学会の設立も併せてみていく。

日本結核病学会の設立にあたり、1923年、第1回結核病学会総会の開催がなされた。学会では研究報告がなされ、1935年頃に初感染発病学説の確立、1936年に間接撮影法の開発についての報告があり、後には1940年に結核集団検診方法の確立、1943年にはBCG効果の確認などがあり、これらの研究成果は以後のわが国独自の結核対策が立てられていくことに生かされた。

青木純一が作成した「全国結核予防連合会の分類項目別協議事項一覧表」では、年代を前期1914年～1922年、中期1924年～1931年、後期1932年～1939年に分け、その特徴を紹介している。

全国結核予防連合会の協議事項は多岐におよび、青木純一が10項目に整理し、また各項目数を示している。括弧内は項目数である。「一、法令(61)」「二、療養所(56)」「三、消毒・衛生(33)」「四、予防会・予防運動(64)」「五、工場衛生(26)」「六、住宅(11)」「七、喀痰(13)」「八、知識普及(47)」「九、学校衛生(36)」「十、雑件・申し合わせ(115)」で、協議事項は全部で462件である。

後期は276件である。分類項目数も前期や中期と比べると飛躍的に増加している。

この時期には、1931年満州事変、その後の1945年の終戦まで戦時体制下であり、こうした時代背景と無縁ではない。結核のまん延と合わせて兵士の体力低下が問題となる。結核対策の不備が繰り返し指摘され、1934年、保健衛生調査会が「結核予防の根本的対策」を答申する。1936年、政府は第六九回帝国議会で結核予防国民運動振興費として一〇万円を計上し、大規模な結核撲滅運動に取り組んでいる。

後期の特徴は、協議事項の件数が大幅に増加するだけでなく、分類項目の「雑件・申し合わせ」が最多であり、協議する内容も多様になり、既存の結核対策を越えて、幅広く検

討しているのがこの時期の特徴であるとされている。結核対策を国家的緊急課題として取り組んだ時期でもある²⁴⁾。

化学療法剤はこの時期から発見されている。研究の段階から実用化された最初の薬剤は、1943年レーマン (Lehman) のPASであり、その後、1944年ワックスマン (Waksman) がストレプトマイシンを発見(1952年にノーベル生理学・医学賞を受賞)、1948年ドマーク (Domagk) がカルバゾンを発見している。これまで不治の病と言われてきた結核であったが、化学療法によって治る病気変わった時期である。

戦後の日本の医療技術については、敗戦直後の混乱期には医薬品・医用機器の不足という面からの制約ばかりでなく、医療技術の質、その技術水準においても戦前の延長線上にあったとされている²⁵⁾。ところが、社会での経済復興に即応して医療技術の面にも新しい進歩の波がおしよせてきた。医薬品の不足は最初は旧軍隊の放出物質に依存することが多かったが、その過程でアメリカ駐留軍の存在を契機として、いろいろな形でアメリカ医学の成果がわが国にもちこまれた。例えば、アメリカ軍兵士より流れてきたストレプトマイシン (ストマイ) は、“闇” で一本 (一瓦) が土地一坪以上の値段だったが、その結核への効果のすばらしさに、恒産のある病人は土地を売ってもストマイを闇で手に入れたくらいである²⁶⁾ ストマイは1949年にアメリカから二〇万本 (一本一瓦) 輸入のあと国産化が閣議決定された。これ以降、わが国でもズルフォン剤の製造・普及と並行して、ペニシリン・ストマイを突破口として抗生物質・抗結核剤時代に突入していく。この外にも、副腎ステロイドホルモン (ステロイド) を始めとして次々に新薬が導入・国産化されていった。戦後に開発された“新薬”は戦前の薬剤に比べて格段の効果があつたこともあつて、そのご病人・国民の間に“新薬信仰”にちかい状況をうむにいたつた²⁷⁾。

しかし、ここに至った医学研究のめざましい進歩の一方で、戦前の学用患者と同様の立場に置かれた病人があつたことを見落としてはいけない。臨床研究の遂行には、動物実験を経て人体への適用が必要とされる。

次のBCGについても動物実験の結論を人体に適用し、その安全性と効果を実験しているが、新薬の投与をされる側の人権に十分な配慮があつたとは言えないのではないだろうか。

BCGは1922年、フランスのL. C. A. Calmette (カルメット) とC. Guérin (ゲラン) によって開発されている²⁸⁾。

日本へのBCGの導入は、1924年に赤痢菌の発見者である志賀潔が、赤痢菌に関する国際会議のためヨーロッパへ行き、カルメットから直接BCGを分与され、日本に持ち帰った。その後、北里研究所の渡辺義政、東京帝国大学附属伝染病研究所の佐藤秀三、今村荒男 (後に大阪帝国大学へ移動) を中心に、BCGの安全性と結核予防効果について主としてモルモットを用いた動物実験により繰り返し確認された²⁹⁾。

そして、BCGが導入されて以降、数年にわたる動物実験により安全性と結核予防効果が確認された後、BCGが日本で初めて人に投与されたのは1929年とのことである。1930年の結核病学会総会において今村が、前年に、満1歳までの人工栄養の乳児にBCGを経口的に16人に、皮下注射で2人に投与したことを発表し、これらの結果に基づいて、政府の指導の下で、日本学術振興会第八小 (結核予防) 委員会が組織され、BCGの安全性と結核予防効果の試験が、公式には1938年に開始され、その成績は1943年に『結核予防接種に関する報告書：日本学術振興会第八小 (結核予防) 委員会』として公表された。

被験者は看護婦も対象であった。その他、陸海軍の兵士、学生（東北帝大学生、高等専門大学生、専門中等学校、中等学校、国民学校）、工場労働者（工場従業員、紡績女工手、飛行機工場見習工）、国民体力被検査者、などの若年成人が選ばれていた。

看護婦が被験者として選ばれた背景には、感染防御の配慮がほとんどなかった劣悪な病院という職場環境で、一定の条件の下で動物実験に近い条件で BCG の有効性の試験を行うことができたとのことである。

今村らは大阪帝国大学医学部付属医院の看護婦・看護学生を対象に試験を実施している。BCG の有効性の被験者となった看護婦は、1960 年代前半頃までは原則、独身で、3 食給与の全寮制で生活し、年齢は 18～19 歳から 25 歳までの若年成人層であった。そして、半数以上がツ反応陰性の結核未感染で入学、あるいは就職したほとんどすべてが 2～3 年のうちにツ反応が陽性に転化する環境の中にいた。BCG の有効性の試験を実施するにあたり、性別、年齢、生活環境、職場環境がほぼ同一で、短期間にほぼ全員が感染するという試験として好条件であったということである。

さらに、今村は、大阪帝国大学医学部付属医院看護婦生徒を対象に、BCG 接種者と非接種者との比較をするために、1 年おきに BCG 接種をする年と接種しない年を設けて、それぞれの年に採用した看護婦の結核発病を調べている。

ツ反応陰性者で BCG 非接種者からの 2 年以内の発病が 11.1% に対し、BCG 接種者からの発病は 5.5% であること、さらに、1936 年からは、同年に採用する看護婦を全く無作為に接種者と非接種者に分けての比較も行ったとのことである。その結果、結核発病は非接種者の 33.3% に対し接種者 12.5%、結核死亡は非接種者では 6.7% に対して非接種者は 1 例もみられなかったとのことである。

千葉大学では、同付属医院の看護婦を対象とした研究がなされ、1945 年に報告されている。これは、「看護婦の結核感染並に発病に関する 13 ケ年間の観察成績」としてまとめられている。日本の結核死亡が年齢別では青年期に多いことが周知されていることから、この年齢期の結核を詳細に研究することが結核予防上において重要な意義を有することを述べている。

そして、最も適当な研究対象の一つとして病院勤務の看護婦を挙げ、その理由を確認すると、1) 彼女等の多くは青年期にあり、2) 宿舎に居住するので生活条件が同一である、3) 勤務の関係上、日常同程度の結核感染機会に暴露されている、4) 比較的長期間観察ができる利点があるとしている。

1931 年 4 月～千葉大学付属医院看護婦の 770 名を被験者とした観察調査では、観察材料の内容に看護婦とした記載がある。毎年 4 月に看護婦講習生として新たに入所してきた時にツベルクリン反応を実施（1931 年度は新入生と在勤看護婦の全員）し、陰性者と陽性者の 2 群に分け、その後も定期的にツベルクリン反応検査を反復実施して、その推移を追究するとともに、その間における結核発病状態を観察することを目的として実施された研究である。このように千葉大学では、ツベルクリンの効果について試験的に多くの看護学生に対して実験調査が行われた事実が残されている³⁰⁾。

このような看護婦および生徒を対象とした BCG の有効性の試験は、地方の岡山大学でも実施されていた。その成果は 1947 年に報告され、手書きで博士論文としてまとめられている。調査は岡山医科大学北山内科教室において実施され、医学士の安水仁司が、その成果

を第1報～第4報に分けて報告している。主題名は「岡山医科大学附属病院看護婦及び同養成科生徒保健調査成績」としてあり、副題は、第一報「疾病ノ概括的展望」、第二報「マントウ氏反王應ヨリ見タル検討」、第三報「赤血球沈降速度ヨリ見タル検討」、第四報「結核初感染発症ヨリ見タル検討」として、BCGの有効性について看護婦と看護学生を対象とした実験的研究の症例研究が行われていたのである³¹⁻³⁴。しかし、研究対象者への説明ならびに同意については不明である。

大学附属の病院以外にも、傷痍軍人結核療養所の看護婦生徒を対象にBCGの予防効果について調査研究がなされている。名古屋帝国大学の熊谷時男が傷痍軍人愛知療養所看護婦養成所の生徒を対象に、1938年入所の生徒から1941年までの98名を対象とした研究である。熊谷は当時の結核について、特に肺結核は日本における最も注意すべき疾患であり、日本の特異な現象として、発病率と死亡率が青年者において極めて多いこと、発病は、個人の「体質」あるいは生活環境等によってその程度が異なると述べており、体質が発病に影響していると考えていたのである。肺結核療養所に勤務する看護婦生徒を研究対象とした理由は、一般にほとんど妙齢の子女であり、年齢的に見て甚だ危険な時期にあること、職業の性質上、常に結核患者に接触し、危険な病的排泄物を処理し、日夜濃厚な結核感染の状態下で職務に励んでいるためとしている。また、結核の発病率が高率であり、中には殉職する者も少なくないことから結核対策上の重要な領域であるとしている³⁵。

このことから、結核療養所に入所する生徒は、学習者でありながら患者の看護を行う機会が多く、発病した人も多かったことがわかる。しかし、医師にとって結核療養所の生徒は、BCGの予防効果について明らかにできる最良の研究対象とされていたことに違いない。このことは、先に紹介した研究において、看護婦や生徒が「実験材料」という記述からも当時の医師の認識が測れるものである。

1938年に学術振興会第8小委員会においてBCGの研究が始められ、翌年1939年に志賀潔がパスツール研究所よりBCG菌株を日本に持ち帰っている。しかし、1940年、陸海軍がBCGを取り上げた。これは1937年以降、日本は第2次世界大戦に突入することとなり、軍人の結核患者の増加があったからである。

患者の入院施設としては、軍事保護院の設立ならびに傷痍軍人療養所の開設がなされている。1937年保健所法の制定以降、1939年には保健所の全国的な設立がなされ、皇后陛下の御令旨による財団法人結核予防会が設立されている。

20世紀初期における商工業の画期的な発展は、結核症のまん延状況に及ぼし、1940年から1945年にかけての死亡率は著しく高い状態を示したと報告されている。1943年には人口10万対225.9であった³⁶。

1930年代の人為的療法は、これまでの年代別と同様に主な通俗結核療養指導書に記されている内容より「サナトリウム療法、山間療法、勤労療法、歩行療法、静動的起居療法、人口太陽灯療法」など、8つの療法が行われ、自然的療法は、「大気療法」のみとなり、1930年代には人為的療法が1920年代よりも51もの療法が減っていた。1940年代に行われた人為的療法は、「勤労療法、職業療法、仕事療法、摩擦療法、抵抗療法、温灸療法、咀嚼療法、無食塩療法」など、8つの療法であり、1930年代の療法とは異なり、身体を動かし体力を使う療法が多い。これは、戦時の兵力を維持するために国民の体力向上を目指し国家が管理する「国民体力法」（1940年4月8日公布）の影響もあると考える。

1940年代に入っても1930年代と同様に、人為的療法の種類は少なくなっている。この背景には、BCG予防接種の導入が影響していたものと考えられる。

BCG予防接種は、1937年に日本学術振興会結核委員会が実施し、これには結核の蔓延が避けられない日本陸海軍の軍医らも参加している。そして、その後、1942年に大政翼賛会がBCG予防接種による結核予防効果を報告している。大政翼賛会は1940年に日本の全政党を解散させて新しくできた公事結社のことで、大政という天皇の政治を支持したものである。しかし、これによってその後の日本は実質的に独裁政治に突入していった経緯がある。当時は権力があつた立場からBCG接種効果を示されたのである。また、翌年、1943年には厚生省からもBCG接種による結核発病率の大きな減少について報告されている。

さらに、翌年の1944年には、農村から都市部へ出ようとする青少年や工場などで集団生活する工場労働者に対してツベルクリン反応で陰性者にBCG接種の対象とし、結核発病の強化が図られた。

1948年6月30日、「予防接種法」（法第68号）により結核予防接種が法制化し、1949年、30歳未満の人に毎年、ツベルクリン反応検査を行い、BCGによる免疫が確認されなかった場合には繰り返し接種を行うこととされた。1945年に結核の最大流行となったが、その後は減少していることからBCG接種の効果が測れる。

それまでは、1909年から天然痘が種痘法により予防接種が法的に実施されてきたが、天然痘以外の予防接種は法的に規定されていなかった。軍隊や必要に応じて一部で実施されただけであった。予防接種の効果が学問的に確認されていなかったため、法律では強制しなかったという背景がある。

しかし、予防接種の効果が次第に確認されるようになり、進駐軍の指示もあつて、「予防接種法」が制定されたという経緯がある。ジフテリア、百日咳などの12種類の予防接種が法的に実施され、これにBCG接種も含まれた。1951年の「結核予防法」の大改正まではこの法律によって、30歳未満の国民は原則として毎年1回、ツベルクリン反応検査を受け、陰性者はBCG接種を受けることとされた。しかし、当時のBCGについては液体で生菌ワクチンのため冷蔵保存で1週間しかもたなかったため、生菌数の保持、生菌数の測定、雑菌混入の有無の検定を行うことができない状況にあった。

この問題を解決すべく結核予防会結核研究所はワクチンの有効期限が当時数か月に延長できることとなったBCG凍結乾燥ワクチンの開発に世界で初めて成功した。液体ワクチンから凍結乾燥ワクチンに切り替えられたのは1949年2月である。同年、10月には厚生省告示「ツベルクリン反応検査心得及び結核予防接種心得」が示され、日本のツベルクリン反応判定法の基本が法律的に決められたのであった³⁷⁾。

推測であるが、ここに至るまでのデータとして医療現場において医師の近くで仕事をしてきた看護婦を対象とした1944年～1948年までの4件の論文³⁸⁻⁴¹⁾が活かされたと考えられ、これらの論文は今後の結核医療に不可欠なデータであったに違いない。一方、当時の看護婦はどのように説明を受け被験者となる同意をしたのか、この点は不明であるが結核医療の実験として扱われていたことは否めない。

1940年代の人為的療法のなかには無食塩療法による健康に影響を及ぼす療法も見られる。自然的療法は挙げられていない⁴²⁾。1940年代は終戦を迎え、この頃の国民は日々の食糧を得ることにも困窮し、飢餓状態で生きることになり、栄養を摂る食事療法な

ど容易でなく、食料に関する療法は見られない。

第3節 看護教育制度

結核医療では、ツベルクリン反応検査、BCG 接種など結核対策が大きな進展を見るなかで、看護教育制度においては戦前から戦後にかけてどのような発展がみられたのだろうか。1937年～1950年までの看護教育制度の沿革は、以下の資料5-4の通りである。

1937(昭12)4.		保健所法制定、保健婦の名称が初めて公認
1938(昭13)1.		厚生省設置、4月国民健康保険法制定
1941(昭16)10.	(昭和12.8. ハワイ真珠湾攻撃、アメリカ・イギリスに宣戦布告)	看護婦規則改正(厚令46):年齢17歳へ 保健婦規則制定(1945(昭20)1~8. 新制度により廃止される)
1942(昭17)2.	女学校に保健科設置指令	国民医療法制定により、医師、歯科医師とともに保健婦、助産婦(産婆→助産婦)、看護婦も、医療関係者として規定される
1943(昭18)12.	女学校卒業生に無試験により看護婦免許発行	厚生・文部両局長通牒
1944(昭19)3.	各陸軍病院で看護婦の養成開始	看護婦規則改正(厚令10):年齢16歳へ
1945(昭20)8.	(ポツダム宣言受諾「敗戦」)	陸・海軍病院および軍人療養所が国立病院および国立療養所となる
1946(昭21)3.	占領軍医学審議会を置く	保健師法案の検討、時期尚早として実現せず
6.	聖路加女子専門学校と日赤女子専門学校を統合し東京看護教育模範学院を設置	看護婦規則改正(厚令39):外国に満州国が入る
1947(昭22)9.	新制度3年課程入学	保助看護令公布に基づいて指定規則公布(厚令28):高卒後3年の甲種看護婦
1948(昭23)		保・助・看護法成立(法203号)、国試受験資格(第21条) 厚生省医務局看護課新設
1950(昭25)	天使女子短大、聖母女子短大	3年 わが国初の短大看護学科誕生

資料5-4 杉森みど里、舟島なをみ(2012)付表2 看護教育制度の沿革(近代看護教育の歴史と教育制度)、看護教育学、医学書院、東京、422-423。(左から年月・教育機関名および資格など・修業年限・関連制度など)

戦時下の1937年、保健事業の国家政策として「保健所法」が制定され。翌1938年には、国民の保健衛生の国家的推進機関として厚生省が誕生した。従来、内務省で扱われてきた看護行政は厚生省衛生局に移管された。

「保健所法施行規則」に、保健所の職員として保健婦の名が明記されたが、保健婦が法的に定義されたのは、1941年「保健婦規則」である。ここに保健婦の身分確立がなされ、同年には、厚生省にも保健婦が採用された。同年、「私立保健婦学校養成所指定規則」が制定され、1942年「国民医療法」制定により、保健婦が医師・看護婦などとともに医療関係者の1つとして規定された⁴³⁾。その後、1945年には1941年の「保健婦規則」が廃止され、新たな「保健婦規則」ができ、1947年「保健婦助産婦看護婦令」⁴⁴⁾、1948年「保健婦助産婦看護婦法」へと至った。

1937年の日中戦争以後の国民の健康状態は著しく低下した。戦局の進展は看護婦に対して需要を高め、若年・短期養成の看護婦たちが次々と戦場へ召集されていった。当時の女子の職業は、医師・薬剤師・教師・電話交換手・バス車掌・女工などが主なもので、専門職としては看護婦の数が最多であったが、その大半は農村地帯の出身であった。

日赤中央病院では、婦長や看護婦のほとんどが戦時看護に召集されたため、病院の日常業務は看護学生を中心に行っていた時期である。

戦時体制下における傷病兵の結核患者は、軍事保護院がもっていた結核療養所に収容していた。軍事保護院とは、厚生省にあった傷兵保護課、傷兵保護院が1939年に軍事保護院

となったものである⁴⁵⁾。この結核療養所は、傷痍軍人結核療養所という軍人の結核療養施設であり、ここにも看護婦養成所が設けられた⁴⁶⁾。

傷痍軍人結核療養所の看護婦養成所は1939年から1941年の短期間に設けられており、定員数が60から140名と都道府県の人口による差はみられるものの、当時は多数の看護婦の養成が求められていたことから、傷痍軍人の結核患者が多かったこと、そして、その看護を行う看護婦不足の状態であったことが読みとれる（表5-2）。

表5-2 傷痍軍人結核療養所に設けられた看護婦養成所および定員数
厚生省医務局(1955)国立病院10年のあゆみ, 8-16.

施設数	養成所名	都道府県	指定年	定員
1	傷痍軍人宮城療養所付属看護婦養成所	宮城県	1939	100
2	傷痍軍人新潟療養所付属看護婦養成所	新潟県	1939	記載なし
3	傷痍軍人長野療養所付属看護婦養成所	長野県	1939	記載なし
4	傷痍軍人愛知療養所付属看護婦養成所	愛知県	1939	100
5	傷痍軍人京都療養所付属看護婦養成所	京都府	1939	100
6	傷痍軍人大阪療養所付属看護婦養成所	大阪府	1939	記載なし
7	傷痍軍人兵庫療養所付属看護婦養成所	兵庫県	1939	100
8	傷痍軍人岡山療養所付属看護婦養成所	岡山県	1939	100
9	傷痍軍人広島療養所付属看護婦養成所	広島県	1939	記載なし
10	傷痍軍人徳島療養所付属看護婦養成所	徳島県	1939	60
11	傷痍軍人佐賀療養所付属看護婦養成所	佐賀県	1939	記載なし
12	傷痍軍人宮崎療養所付属看護婦養成所	宮崎県	1939	記載なし
13	傷痍軍人北海道療養所付属看護婦養成所	北海道	1940	100
14	傷痍軍人青森療養所付属看護婦養成所	青森県	1940	60
15	傷痍軍人秋田療養所付属看護婦養成所	秋田県	1940	60
16	傷痍軍人東京療養所付属看護婦養成所	東京府	1940	140
17	傷痍軍人島根療養所付属看護婦養成所	島根県	1940	100
18	傷痍軍人鹿児島療養所付属看護婦養成所	鹿児島県	1940	記載なし
19	傷痍軍人神奈川療養所付属看護婦養成所	神奈川県	1941	不明
20	傷痍軍人愛媛療養所付属看護婦養成所	愛媛県	記載なし	100

この頃、1937年には東京、大阪などの17の赤十字病院が陸軍病院となった。また、全国の陸軍病院は102施設、海軍17施設の合計119施設、71,933人の収容ができるように計らわれた⁴⁷⁾。

その後、戦前の陸海軍病院は1945年12月1日より厚生省に移管され、国立病院に改組された。1945年12月陸軍病院が厚生省に移管になった当時、64の病院では陸軍看護婦1期生438名、2期生847名を看護助手の身分で養成していた。

臨時東京第一陸軍病院は、国立東京第一病院と名前を改め、一般市民の病院として発足したが、この当時、700名の傷病兵が収容されていた。国立病院にとって看護婦の養成と確保は急務であったため、厚生省からあらたに生徒募集の通牒が出され、53病院で1588名を看護助手の身分で採用し、養成を継続していくこととなった。当時の生徒および保証人の誓約書や生徒心得からは、看護助手として採用されることであり、病院で見習い勤務をすることであったことがわかる⁴⁸⁾。

このように終戦前後には、傷病兵を受け入れるための施設を設置し、入院した多数の患者を看護できる人の養成が喫緊であった。

1. 看護婦教育年限の短縮

1943年12月18日には、文部省および厚生省が「女子中等学校卒業生二対スル看護婦免許二関スル件」を発令した。この通達は、看護に関する科目を600時間（実地修練300時間を含む）履修した女子中等学校卒業生に、地方長官より看護婦免許を与えるものである。その目的は、有事の際に即対応できる体制を確立することと、女子学徒を戦時救護に従事させるためであり、特に看護手技の習熟に重点をおくとされた。1945年には、高等女学校生徒に対し、看護に関する補習教育を実施し、受講修了生には“無試験”で看護婦免許が下付され、17歳未満でも資格を得ることができるようになった。

2. 戦時下の看護婦教育—教育年限の短縮

この時期には、第二次世界大戦による被占領下における看護婦養成がなされた。

1937年に勃発した日中戦争以降、救護看護婦の需要が増加した。日本赤十字で行われた看護婦養成教育は入学試験科目を減らし、卒業を繰り上げる等の他、従来の高等女学校卒業以上の18歳以上は年齢17歳以上と繰り下げられ甲種救護看護婦として、また、高等小学校卒業または高等女学校2年以上の課程を修了した年齢14歳以上の者を乙種救護看護婦として養成した。

そして、看護婦免許を有する者には3カ月の講習を受けさせ臨時救護看護婦として採用するなどして対応した。戦時において、内地の日赤病院における看護の主力は看護婦養成所の生徒であった。つまり、日赤の救護活動は、救護看護婦の養成によるものであった。この戦争で赤十字救護班として国内外に派遣された看護婦は、延べ29,562名、看護婦長は述べ1,888名、うち殉職看護婦は1,187名と戦争で多くの犠牲者が出ている。

1941年に日本赤十字社病院は、日本赤十字社中央病院に改称された。日本赤十字社中央病院看護婦養成所は、終戦後、赤十字女子専門学校となり、GHQ公衆衛生福祉部の指導の下で、看護教育モデル校として、聖路加女子専門学校と共同教育を行った。日赤の看護婦養成の質は高く、全国規模で展開されたことに特徴があり、後の日本の看護と看護婦養成に大きな影響を及ぼした⁴⁹⁾。

改めてこれまでの看護婦教育を辿ると、国による看護婦教育の制度化は1915年6月「看護婦規則」、2か月後の8月28日に「私立看護婦学校看護婦講習所指定標準ノ件」の訓令が定められ、看護婦学校または看護婦講習所における教育内容が全国的に標準化された。

その後の看護婦教育は、看護婦規則によって行われたが、28年を経た1941年10月3日に「看護婦規則」が改正された⁵⁰⁾。

日中戦争とその後の戦況悪化への対策により、看護婦教育も中学校教育も教育年限が短縮されたのである。終戦間際の1945年6月5日に帝国大学系と官立医科大学系の看護婦養成所は、勅令によって看護婦と高等女学校卒業の資格が取れる修業年限3年の厚生女学部となった。

3. 終戦後の看護婦教育

終戦後の全国の看護教育機関の再開は、1946年に入ってからである。終戦後の1945年10月2日には、連合国軍最高司令官総司令部（General Headquarters Supreme Commander for the Allied Powers:GHQ/SCAP:以下、GHQ）が設置された。

GHQの公衆衛生福祉部看護課（Public Health and Welfare Section Nursing Affair Division:以下、看護課）の看護婦は、自国でのゴールドマーク・レポート発表後に改善されたアメリカの看護学校カリキュラムの下で教育を受け、この考えを日本の看護改革にもたらしたという経緯がある⁵¹⁾。

GHQ看護課はオルト（Grace E. Alt:1904-1978）を看護課課長とし、スタッフにはアメリカ人看護婦を配置した。オルトは最新のアメリカの看護事情を日本の看護界に紹介し、看護改革を進めた。

看護改革の内容は、「保健婦助産婦看護婦法の制定」「看護教育制度の改善（看護婦養成所の入学資格、看護婦養成所の指定、カリキュラムの標準化）」「看護婦旧資格取得者への再教育」「日本産婆看護婦保健婦協会の創設」「厚生省看護課の設置」であった。

オルトは、これらの看護改革を占領期間の5年7カ月の間に成し遂げ、現在の看護制度の礎をつくった。帰国は、1951年6月であった。

看護改革で行われた看護教育制度の改善は、オルトらにより提唱された総合看護のカリキュラムであり、これは看護の専門性を求めた戦後日本の看護カリキュラムの構築がなされたものであった。ここに至った経緯は、佐藤らの「GHQによる戦後の看護教育カリキュラムの成立と経緯」（2002）において次のように述べてある⁵²⁾。

GHQの占領改革は、看護分野においても斬新な改革を実施した。その改革とは、日本の看護職を医師、歯科医師のように医療に従事する専門職へと自立させるというものであった。占領当時、日本女性の中で大学・短大へ進学する者は、わずか〇・八%に過ぎず、看護教育を高等教育、専門教育へと移行することは大きな課題であった。看護改革を主導したGHQ/PHW（公衆衛生福祉局）のサムス局長、オルト看護課長は、日本の看護職は自らが看護職の役割を明確にして、看護の専門性を理解する必要があると言及し、看護教育を向上させるには、戦後新たな看護教育カリキュラムの編成が必須課題であるとした。そこで、サムス局長は、一九四六年三月二十五日にNursing Education Councilを設立し、この委員会を諮問機関として看護教育カリキュラムの構築を指示した。一九四五年四月十一日第二回Nursing Education Councilにおいて、カリキュラムの検討が開始された。東京都内七箇所（慶応、慈恵、聖路加、日本赤十字などの看護婦養成所）の看護カリキュラムが提示されたが、その資料は科目や時間数の記載が不完全な観があり、検討資料にはならなかったと思われる。一九四五年十二月、PHWの要請で米国から取り寄せられたと思われるLenox Hill Hospital School of Nursing-Curriculum（以下Lenox）は、わが国独自の看護教育カリキュラムの成立過程において参考にされたものとする。Lenoxの教育課程は三年制で、一学年は三学期に分かれていた。三年間の講義時間数の合計は一四七三時間、実習時間の合計は五五二時間とある。一年次は生物・物理系、社会科学系の基礎科目と看護基礎科目及び看護技術を習得し、二年次、三年次は内科専門科目、外科専門科目などの疾患別看護の講義が構築されていた。またLenoxでは、臨床経験に多くの時間を当てており、内科、

小児科、産科、神経・精神科が各々十二週と規定されていた。臨床実習は選択ではなく学生全員が履修する内容であった。これらのカリキュラムを参考に審議を重ねた結果、わが国の看護教育カリキュラム案が具体化していった。

PHWのサムス局長、オルト看護課長は、日本の看護を助産、臨床、公衆衛生分野を一本化する総合看護を目指していた。これらの看護業務を別々の課程で捉えるのではなく、看護サービスのそれぞれの専門領域として考えると述べ、看護基礎教育を三年間の一貫したCollege of Nursingでの教育制度にすると提案していた。審議が開始されてから約二ヵ月後の五月三十一日、第五回Nursing Education CouncilでRevision of the College Curriculumが報告された。教育期間は三年間（四十六週／年）で、三年間の講義時間数は二二〇八時間、さらに、病棟実習六一六時間、外来実習一四四時間の計七六〇時間との基準を決定した。産婦人科実習と、フィールドでの保健看護実習に最も多い十二週が当てられていた。オルトラが提唱した総合看護のカリキュラムが具現化し、看護の専門性を求めた、戦後日本の看護教育カリキュラムが構築された。

ここに至るまでの戦前の日本の看護教育は、伝染病や災害、戦争による負傷兵などの救護要請に応えるために、入学資格のみならず修業年齢も引き下げ、その影響は看護教育レベルの低下と看護婦の質の低下をもたらした。

では、この改革がなぜ必要であったかといえば、敗戦後の日本の病院の実態に、GHQのサムスが、この状況を早急に改めなければならないと考えたからである。その時期は1945年9月、GHQが東京に進駐した際に、アメリカ兵が感染症にかからぬよう飛行機によりDDTを散布し、その結果をGHQのサムスが日本の病院を調査した際に、医療の現状を見たことからである。病院の実態は、入院患者に家族が付き添い、部屋の中で食事の用意までしている。魚のにおいが充満し、灰や七輪が散乱し、不潔で乱雑な状態であった。医師の中には、若い娘を引き取り、掃除や洗濯の傍ら看護の仕事を教えていることを目の当たりにし、この状況をすぐに改めなければならないとし、サムスは「看護は看護婦の手で」というスローガンを打ち出したのである。また、サムスの下で実践を担った看護婦のオルトは、看護婦は医師の後を追いかけて、医師の言う通りに動いている。「日本のナースはドクターの女中（サーバント）のような存在だ」と激しい怒りを覚え、看護婦の地位の低さ、その上、患者を見る看護婦たちが栄養不足に陥っていたこと、下駄や草履を履き、冬になると手足は真っ赤に腫れる。水道管も壊れており、バケツで井戸の水を汲んでいる様子を見ている。この日本の看護の状況から、オルトは看護婦の意識改革を促すために、新しい看護概念の確立を目指した。その概念は次の3つである。

「看護は芸術である」「看護は科学である」「看護は専門職業である」

そして、オルトは、看護婦と医師の間に上下関係はないと教え、看護婦に対して、「医師と看護婦は車の両輪のようなもので協力して働くべき」と教育方針を立てたのであった（53-55）。

日本の看護教育は、敗戦後間もなく外国人により改革がなされた。GHQ看護課の看護課長を務めた人は、もう一人、オルソン（Virginia M. Ohlson:1914-2010）⁵⁶⁾の存在があった。GHQ看護課の2代目として活躍した人物である。オルソンは、オルトが大学で修士号を取得するためアメリカに帰国していた1949年7月から1950年8月まで活動し、占領任務が終了した1951年6月にオルトとともに帰国した。

GHQ設置により日本の看護事情についての実態調査が始められた。厚生省の資料と現場視察により、看護改革の必要性を認め、公衆衛生福祉部に看護課を設置し、重点事項として看護教育制度の整備と水準を高めることが挙げられた。看護教育制度の改革に向けて、1946年6月にモデルスクールを設置した⁵⁷⁾。

他にも、1948年5月に国立東京第一病院附属高等看護学院、1950年10月に国立岡山病院附属高等看護学院の2校がGHQから指定を受けている。戦後、旧陸軍および海軍病院は国立病院となり、中核病院として看護教育のモデル役割を果たしていった。看護教育にあたった教員は、GHQからの派遣や日赤、聖路加の卒業生であった。

1946年5月からは、看護教育の改革のために看護学校の教務主任となるための講習会を開催した。主催はGHQの指導により厚生省が担った。

1948年には、モデルスクールにおいて全国の大病院の総婦長の立場にある看護管理者や看護学校教務主任の講習会が開催され、看護職による看護教育と実習の準備に向けての整備が進められた。研修では、看護原理と看護学校運営を中心に講義が行われた。いずれも看護教育の主軸となる内容である。

こうしてこれまで、医師の業務に従属していた看護教育から、看護職による看護教育へと、GHQ看護課の指導により変革していくことができた。

看護教育制度の始まりは、1947年「保健婦助産婦看護婦令」公布からである。教育機関や内容については、同年11月4日に出された「保健婦助産婦看護婦養成所指定規則」からである。看護婦は甲種という高校卒業後3年の教育⁵⁸⁾と、乙種という中学卒業後2年間の教育を行う2種類となった。

翌年の1948年7月30日に「保健婦助産婦看護婦法」が看護職の身分法として制定された。甲種看護婦養成所の卒業生は国家試験を受け、合格者には厚生大臣による国家免許が交付された。乙種看護婦養成所の卒業生は、都道府県試験の合格者に知事免許が交付された。

その後、1951年4月に「保健婦助産婦看護婦法」が大幅に改正された。看護婦は、甲種看護婦と乙種看護婦の区別をなくして看護婦に一本化された。高等学校卒業者に3年間の看護教育を行い、国家試験合格者に厚生大臣から免許を得て国家登録をして看護業務を行うこととなった。一方で、准看護婦制度が新設された。この目的は、看護婦不足を補うためである。准看護婦は、中学校卒業者が2年間の准看護婦課程の教育を受け、都道府県知事が実施する准看護婦試験に合格し、都道府県知事から准看護婦免許を取得して都道府県登録をして看護業務に従事することができることとした。

乙種看護婦は、甲種看護婦の指示で看護業務を行うことが規定され、甲種看護婦と比べて業務制限があった。しかし、准看護婦には業務制限はなく、医師・歯科医師・看護婦の指示によって看護婦と同じ業務を行うこととなった。准看護婦は、乙種看護婦と基礎学歴も看護教育年数も同じであり、看護婦と同じ業務を医師・歯科医師・看護婦の指示の下に実施するとなる。これについては、看護業務の専門性の視点から矛盾を生じており現在も問題として残されている。准看護婦制度の新設は戦後の看護婦の大量退職や医療施設の増加などによる看護婦不足などの背景がある⁵⁹⁾。

「保健婦助産婦看護婦法」改定により、看護婦教育は看護婦課程と准看護婦課程となり、看護婦課程は甲種看護婦課程の教育を引き継ぎ、准看護婦課程の教育は1951年「保助看護法」改定がなされた年の9月から開始された。また、准看護婦から看護婦資格を得るための教育

課程として、1957年7月から2年間の看護婦課程が発足した。ここで、看護婦課程が3年課程と2年課程⁶⁰⁾となった。

しかし、看護教育のカリキュラムの始まりは、4年後の1951年8月に制定された「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」からである。

1948年7月30日「保健婦助産婦看護婦法」が制定された。看護婦の地位向上はこの法律が制定されたことによる。この法律は看護職の資質を全国的に均一な水準に向上させ、医療および公衆衛生の普及と水準向上を図ることを目的に置き、看護職の免許制度を整備するとともにその業務を規定したものである。

この法令は、1947年「国民医療法」に基づく政令として、翌1948年、「国民医療法」廃止にともない法令として公布された。その養成教育について結核看護の科目と時間数を見ると、1947年「保健婦助産婦看護婦養成所指定規則」(厚令28)では、「伝染病学及び看護法」45時間、臨床実習「内科」8週のどちらの備考欄にも「結核を含む」としてあった。また、1949年「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」(文・厚令1)では、「伝染病学及び看護法(結核、性病及び寄生虫病を含む)」75時間とし、備考には「結核(15医師 10看護婦)」とあり、看護婦による教授が示されてあった。臨床実習にも「伝染病(結核含む)」と明記され10週とされていた⁶¹⁾。

教育カリキュラムについて、1948年保助看法制定時と1951年改正時を比較し、看護学の時間数の大幅な増加や科目が新設されている⁶²⁾。

「内科学と看護法」は30時間も増えていることから、社会の内科疾患に対するニーズも大きいことが窺える。結核を取り上げれば、化学療法を導入がなされたばかりであり、こうした新しい医療が始まれば、看護婦はそれに伴う医療の知識に加え、疾患に対する看護法を学ぶことが不可欠である。医療の専門性が高くなれば、患者を看護するための知識や看護技術の専門性を高めていくことが必要となる。看護実践は各種疾患の観察に始まり、症状のアセスメント、看護問題に対するさまざまな看護技術が求められる。したがって、医療の進歩とともに学習時間の確保が必要となる。「理学療法」が新設されたのは、この頃から社会復帰のためのリハビリとして、入浴、散歩などの身体活動時間の拡大が必要とされるようになったからである。

教育担当は、現在の基礎看護学に近い「看護原理と実際」などは、専任教員が担当し、他の科目は、臨床実習にも関係する病院の医師と看護婦長などが非常勤講師として教授した⁶³⁾。

臨床実習は週単位で計画され、病院の各科病棟と外来、手術室、調理室を回る週数算定で行われた⁶⁴⁾。准看護婦課程と看護婦2年課程は、看護婦3年課程に準じて行われた。

保健婦課程は、看護婦課程を基礎とし、公衆衛生および予防医学、公衆衛生看護を中心とした保健婦に必要な専門療育の教育が行われた。

また、1950年に「完全看護」(厚生省保険局長通知)が始まり、病院の看護は家族や付き添いが行うのではなく、その病院に所属する看護職が行う方針が定められ、より看護の質が求められる時代となった。また同年、看護組織として「総婦長制度」が導入され、まずは国立病院・療養所で導入され、院長・事務長・総婦長が「管理の三本柱」とされた⁶⁵⁾。

しかし、患者が療養する病院における体制は改革が見られつつも、当時は看護婦教育に

肝心な教科書がなかったのである。

このことについて、厚生省看護課の課長補佐（技術担当技官）の立場であった金子光は、当時の様子を『看護の灯 高くかかげて』⁶⁶⁾において書いている。当時は看護婦の教科書が無いので、看護婦教育をしていこうにも看護婦が使う教科書や参考書が全くない状態にあった。このようなことでは困るので日本でも教科書を作らねばならないと看護婦間でも声が上がったが、まずはみんながすぐに読めるものから着手しようということで、1946年に医学書院から『看護学雑誌』が創刊されたという経緯がある。日本における最初の看護の専門誌で厚生省も力を入れて作成された雑誌である。

この当時、看護の教科書を発刊した医師の井上が、終戦後、GHQによって急激に向上した看護婦の地位と教養の問題とはバランスがとれていないとの指摘があったが、「保健婦助産婦看護婦法」の制定がなされたばかりの状況下においては、社会は戦後復興に懸命で物資不足の中であり、致し方ないと捉える。しかし、終戦後の翌年には看護職の手によって『看護学雑誌』が発刊されていたことは、看護職の持ち得ていた看護の経験と能力があったから実現できたことである。

4. 看護教育の高等教育機関としての大学教育の創設

戦後、大学や短期大学での看護教育が始められ、高等教育機関で学べるようになった。これまでの看護教育は職業訓練的な各種学校による教育であったが、大学化により、より看護の専門的な教育がめざされるようになった。

1947年3月31日に公布された「学校教育法」（法第83条）により、看護婦学校および准看護婦学校は各種学校に位置づけられた。当時の看護教育機関は、3年課程の看護婦学校および養成所が増加していたが、その中で学校教育法（法第1条）に定める短期大学や大学で看護教育を行う教育機関が創設された。

1950年、「学校教育法」の一部が改正され、短期大学が制度化された。看護系初の短期大学は、天使女子短期大学と聖母女子短期大学であった。

その後には、1952年に看護の4年制大学が創設された。

第4節 結核患者の看護実践

結核看護史の第Ⅳ期における患者への看護実践についてみていくために、看護婦の業務である「結核患者の療養上の世話」、「結核患者の診療の補助」について探求する。

1948年7月30日に「保健婦助産婦看護婦法」が制定された目的は、看護職の資質を全国的に均一な水準に向上させ、医療および公衆衛生の普及と水準向上を図ることである。また、看護職の免許制度が整備され、その業務も規定された。

療養所および病院では、1950年に「完全看護」（厚生省保険局長通知）が始まり、より看護の質が求められるようになり、国立病院・療養所においては「総婦長制度」の導入により看護の組織体制が整備された。

このような医療体制が進められていく中、この頃の社会は戦時中の栄養不良、過労、雑居生活による不衛生な生活、精神的打撃などから結核がまん延していた。

病院では看護婦に患者の身体面だけでなく精神面への対応が求められ、患者や家族への教育指導が重要となった。特に長期間の療養者には納得できるように治療を受けること、

感染予防、看護の仕方を教え、また、その後の確認が必要であり、そのためには、病院で修得した看護法や、単に経験による看護法や親切と奉仕の気持ちだけでは満足な結果を得ることができないため、患者や家族へ長期的な教育指導ができる力量が求められ出したと考える。それには患者の心理変化を理解した看護と患者への教育指導ができなければならない。

医師が患者の身体だけでなく心理面にも注目するようになったことで、より一層看護婦にも医師と理解ある協力者として協働し、医師の指示の下に独立して結核撲滅を目指し患者教育ができる知識と技術を持った看護婦を求めるようになった。

GHQはこの年に「陸海軍病院に関する覚え書き」（11月19日）と「軍事保護院に関する覚え書き」（11月13日）を出した。これにより、陸海軍病院および傷痍軍人病院は12月1日には厚生省に移管され、一般市民の診療を行うこととなり、外局として設置された医療局の管轄下に置かれた。当時蔓延し亡国病といわれた結核や、肺炎、胃腸病などの対応に病院の診療が変化したのである。患者の入院は、家族がリヤカーに布団を乗せて患者を寝かせて運び、着替えや鍋・釜・七輪を持参した。病人には家族が付き添い、食事は廊下や庭で調理して食べさせていた。また、看護婦の仕事は、衛生材料の準備・消毒・管理のすべてが任され、敗戦後の物資不足で包帯やガーゼは看護婦が洗濯して乾かし、巻き直して使用していた。

1. 結核患者の療養上の世話

1) 日常生活の看護

患者の食事の援助は、「結核患者食事に関する調査並に考察」⁶⁷⁾のなかで、戦後の食糧難において、患者の食糧事情と食事援助について考察されている。

結核治療には安静療法、大気療法とともに栄養療法が大切であるが、戦後の国家的食糧難の中にあって調味料の入手も困難である状況下であり、結核患者に対しては米や魚の加配等が考慮されるようになったことは喜ばしいと述べていた。

また、限られた食材から最大の栄養が摂れるように、患者に毎日接している看護婦が摂取状況を観察し、主治医の指導のもとに、調理場と密接な連携を保つことが改善の第一歩であるとされていた。

朝食は主食が粥、副食が毎日たくあんと記されてある。汁物は満腹感だけを与えて食べ残しが多く栄養が摂れないので調理法の工夫が必要であることの課題が挙げられていた。また、従来から患者の栄養は、総カロリー、蛋白、脂肪量の机上計算のみに注意を向けられ、調理方法や実際の摂取状況が不問に付されがちであることから、特に看護婦は患者の摂取状況に注意して、食材の選定や調理法の研究に十分気を遣うことが課せられた1つの任務であった。

看護婦は、当時の結核3大療法の1つとされていた栄養について十分摂れるように、責任をもって患者の食事管理をしていた。

2) 感染予防の看護

「結核療養所に於ける痰処理の実際」⁶⁸⁾について書かれた著者の所属は高知とのみ記されていた。病院、療養所での喀痰の処理が十分できていない現状について挙げられていた。

結核の捉え方は、結核菌によって伝染し、特に肺結核では結核菌が咳と痰によって媒介されることが明記され、肺結核の伝染を防止するためには第1に開放性結核患者の隔離、第2に喀痰の完全な処置が必要とあり、結核療養所では隔離という役目は十分果たしているが、第2の喀痰の処理については十分でないことが指摘してあった。

その背景には、戦前は蒸気滅菌装置で完全に殺菌できていた病院、療養所であったが、戦後の燃料不足と設備の荒廃によって蒸気殺菌を行っている病院はほとんどなくなり、主として薬物消毒が行われているとあった。

これは労働力の不足や管理が不十分なことから完全でないとして述べてある。

当時、四国においてはワタワース女史によって、結核患者の痰の焼却方法が奨励されたとあり、高知療養所においては1947年から実施され、次第に改良を加えて行っている実態を公表した論文であった。看護業務においては、雑役婦について紹介してあった。患者50人に対して雑役婦1名が病棟に配属され、日課についても記されていた。8時に出勤し、残飯処理、食器洗い、9時から痰壺洗いと便器洗い、病室掃除を済ませて30分の休憩を取り、午後からも同様の業務がなされ、終業は17時30分までとある。

痰処理のための痰紙使用の実態についても紹介してあったが、痰をとる紙の調達が非常に困難であったことが書かれていた。

痰処理方法については、著者が1949年3月から6月まで、四国の国立善通寺病院で行われた四国4県の看護婦指導者講習会を受講して、まず、結核療養所として実行しなければならないことは完全な喀痰の殺菌処置であり、焼却が一番良いと考えたが、差し当たって痰をとるための不要紙がなかった。調達には経済的問題もあり、高知県下の各中等学校以上の学校に看護婦志願者の勧誘をするとともに、生徒使用のノート、試験答案などの不要紙類を痰紙として寄贈することを懇請したが、わずかに2校の生徒が若干の寄贈をしてくれたに過ぎず、これには大変失望したとある。

そのような状況の中、同年6月に来高されたワタワース女史が著者の試みに対して非常に賛意を表し、直ちに県社会教育委員会を通じて県下の女性団体、日赤奉仕団に連絡され、その結果、各地から不要紙と共に花を携えて療養所を慰問する人が増え、慰問者には所長が紙芝居で結核の病理や外科的療法を説明し、著者らは病棟案内や病棟日課を説明して、一般の人への啓蒙に努力したとあった。

また、痰紙に適している紙と不適切な紙についても明記してあり、喀痰を紙に取って焼却することについて、療養所として、また社会的に有益なことについてまとめられていた。療養所としては、患者自身に痰の処理法を教えたこと、労働力を軽くし、他に回すことができたこと、確実に結核菌を殺菌でき清潔であること、患者の枕頭が清潔な感じを与えることの4つが挙げられていた。

社会的には、結核は伝染病であり患者の痰は紙に取って焼却しなければならないことを、教育者、学校の生徒、家庭の主婦、町村の民生委員の方々に知ってもらうことができ、非常に価値のあることと結んでいた。

2. 結核患者の診療の補助

1) 創傷治療の看護

1948年に患者の創をテープで被覆することで創が早く治癒するという研究結果が発表

され、その後の研究により、創部を湿潤状態に保ち、治癒を促進する方法の有用性が確認された⁶⁹⁾。

当時の手術創や褥瘡などの創部は、ガーゼ類・包帯と消毒剤・軟膏の併用で処置がなされ、浸出液が多い時には包帯交換を何度も行う必要があり、外部からの細菌汚染による創部感染が問題となっていた。

しかし、このような包帯交換は、1980年代に創傷治療に使用するドレッシング材が開発されるまで続いた。

2) 注射法

戦後の食糧不足により、栄養状態が悪い患者や結核性疾患で衰弱した患者、手術前後の患者に栄養補給法として大量皮下注射が行われた。

筋肉注射は、1948年にペニシリンが大量生産され、抗生剤が普及すると、感染症に対して筋肉注射が行われるようになった。

3. 1950年までの「結核」および「看護」に関する論文にみる結核看護の実際

終戦後の看護教育では、教育をしようにも看護教育用のテキストがなかったため、結核に関する研究論文も少ないことは予測できるが、論文を通して当時の結核看護の実態がより明確になるのではないかと考えた。

そこで、歴史における看護を見ていくためには、年代の古い医療と看護の文献が多数収載してある国内発行の医歯薬看護系文献の検索システムである医学中央雑誌 Web のデータベースを利用することとした。検索期間は、2021年3月1日～3月2日である。検索キーワードを「結核」で検索し145,754件、and「看護」で3,697件であった。さらに絞り込み条件で収載誌発行年を「1946以前～1950年」and「原著論文」とした。

その結果は、予測していた通り論文数は限られ、1950年までは23件であった。

この23件の論文について、テーマごとに分類してみると、「結核政策」「結核医療」「看護婦教育」「患者」「家族」「看護婦」「看護婦以外の医療従事者」「結核看護史」に分類できた。文献数は図5-2の通りである。なお、23件の論文一覧は巻末資料4に示した。

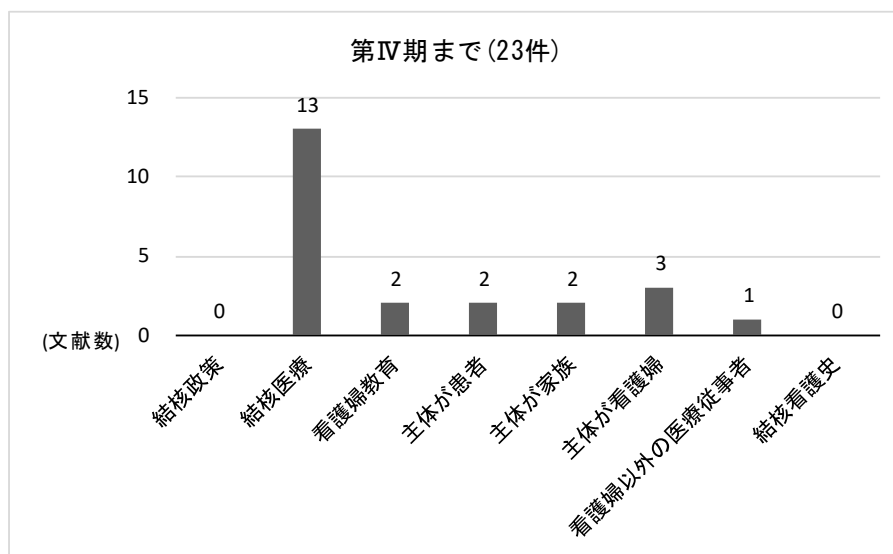


図 5-2 1882年～1950年結核看護史第IV期までの結核看護に関する文献数

以下、論文テーマの分類に沿って、内容を見ていく。

「結核医療」の論文は、3つに大別された。1つは【結核の病態に関すること⁷⁰⁻⁷³⁾】で、結核症、結核性腎炎、妊婦の肺結核、シェーブについて書かれていた。2つ目は【看護婦を対象とした実施・観察結果に関すること⁷⁴⁻⁷⁸⁾】で、ツベルクリン皮内反応、胸部レントゲン検査、赤血球沈降速度、結核発病防止試験、BCG接種および接種後の結核発病についての論文であった。3つ目は【予防に関すること⁷⁹⁻⁸²⁾】で、医師、看護婦および勤務配置、付添い、結核患者の家族の健診についての論文であった。

「看護婦教育」⁸³⁾⁸⁴⁾の論文は、看護婦の教養、および内科的結核看護であった。

「看護婦の教養」は日本結核予防協会の医師である井上泰代が執筆していた。終戦後、GHQによって急激に向上した看護婦の地位と教養の問題とはバランスがとれていないことの指摘がなされていた。そして、教養の問題は医師の指示の下に独立して患者を教育指導する時に大きな力となることも述べていた。また、結核予防と撲滅の難問題の解決に、医師との協力を望むことが書かれてあった。その理由は、看護と医学は本質において1つで医学と看護は互いに影響を与えているものであり、看護婦は昔の様に、ただ医師の付随者に等しいという考えから全く脱して、医学と看護学という同等の立場から、相互的影響により、よき助力者、理解ある協力者として尊敬し合い励まし合って働きたいという考えであった。

1949年当時はサナトリウムに空床がなく、住居難のために病人は雑居生活を余儀なくされていた。井上が接した患者の多くは家族持ちで年長者が多く見られ、その背景には、戦時中の栄養不良、過労、戦後の雑居生活からくる不衛生な生活、精神的打撃などによるものと推測されていた。

このような患者に、民間の看護婦保健婦が行う指導教育が担う役割が大きいこと、従来のように病院を基礎として修得した看護法だけでは充分でなく、結核患者およびその接触者全員を対象として、長期間の疾患に対応する場合は、単に経験による看護法や親切と奉仕の気持ちだけでは満足な結果を得ることができないことも分かってきたと記してあった。

如何にして治療を受けさせ、感染予防、消毒方法、看護の仕方を納得できるように教えるか、また、指導したことがどの様に、どの程度に了解され、実行されているかを確かめることが必要であり、それには病人および家族に対する理解と忍耐、疾病理解と技術を学ぶようにとあり、教育指導の戦いを続けることで結核撲滅を可能にすること、また、「患者の心理的変化の研究をしたならばもつと新しい面に有益な貢献ができる」と述べ、女性の性格と感覚にふさわしい研究部面であることも述べてあった⁸³⁾。

「主体が患者」⁸⁵⁾⁸⁶⁾の論文は、結核患者の心理、食事に関することであった。

「結核患者心理状態」⁸⁵⁾の論文は、療養所内の患者305名と外気療養中の患者25名を対象に調査した結果をまとめていた。

調査内容は、趣味、愛読書、宗教、悩み、希望、夢、時局化の感想、気分、看護婦に対して特にどんなことを希望しますか、の10項目であった。患者の精神に非常に強く影響を与えているものは自分の病気であり、患者の精神は病気に集中していること、また、重症者は軽症者に比べて自己中心的あるいは病気中心的な考えがより強く、理知的でなく感情的であり、具体的でなく芸術的及び宗教的であったとまとめている。

一番問題となる経済上の悩みは、現在全く困り切っているというのではなく、無いと困

るという気持ちがいつも強く働いている不安状態を示している結果と考察してある。

設問内容の結果について、趣味は、身体を使わず静かに楽しめるものとして読書が最も多く、愛読書では、文学、歴史、小説が多く、本を読んで向上しようというのではなく、慰めや漫然と時間を費やしたり芸術的な感情を満足させるためであった。

宗教は信じている、または希望しているが最も多く、多いものは仏教、キリスト教の順であったとしている。

悩みの主なものは衣食住で、病気、金銭、食物、家庭上、一身上の順としてあった。衣食住でも特に食の悩み、経済的な悩みは日本の困窮した状態が深刻に患者に影響しているかが分かるとしていた。

夢は半数以上が度々見ており、毎晩見るも 1/3 以上であった。

希望は、病気が治癒することが最多であった。

ラジオで興味を引くものは、愛読書の調査と同様に慰安的なもの芸術的なものを望む傾向が著明で、軽音楽、演芸が多く、講演等の知的なものはあまり望んでいなかったことを明らかにしている。

看護婦への希望は 58 人への調査であった。半数の回答があり、分類が困難としながら親切にしてもらいたいというもの (15)、責任を持ってもらいたいもの (11)、向上を希望するもの (4)、技術及び衛生知識の向上を希望するもの (3)、もっとほがらかでありたいもの (2)、看護婦に感謝しているもの (2) などで、感謝の念が余り表れていないことを指摘していた。

気分は、58 人の調査で、気分がよい (23)、悪い (12)、普通 (10) であり、深刻な悩みを心の内に持っているながら現実の生活そのものは案外朗らかである人が相当に多く、矛盾していると評価していた。また、病気に対する悩みは深く、何らかによって解消しようとする考えが宗教や趣味を増すとある。重症者と軽症者の相違については、愛読書、宗教は大差がなく、悩みは重症者の方が病気、衣食住、金銭、看護に対する悩みの種類も多い。

看護婦では、重症者は看護婦に対して親切に確実に仕事をしてもらいたいという気持ちが強く、軽症者は看護婦の地位を向上することに関する意見が多かった。

食事に関する「結核患者食事に関する調査並に考察」⁸⁶⁾では、結核治療には安静療法、大気療法とともに栄養療法が大切であるが、戦後の国家的食糧難の中にあって調味料の入手も困難である状況下で、結核患者に対しては米や魚の加配等が考慮されるようになったことは喜ばしいと述べていた。

限られた食材から最大の栄養が摂れるように、患者に毎日接している看護婦が摂取状況を観察し、主治医の指導のもとに、調理場と密接な連携を保つことが改善の第一歩であるとのことであった。

朝食は主食が粥、副食が毎日たくあんと記されてある。汁物は満腹感だけを与えて食べ残しが多く栄養が摂れないので調理法の工夫が必要であるとの課題が挙げられていた。

また、従来から患者の栄養は、総カロリー、蛋白、脂肪量の机上計算のみに注意が向けられ、調理方法や実際の摂取状況が不問に付されがちであることから、特に看護婦は患者の摂取状況に注意して、食材の選定や調理法の研究に十分気を遣うことが課せられた 1 つの任務であることが挙げられていた。

「主体が看護婦」⁸⁷⁻⁸⁹⁾の論文は、結核病棟、結核療養所の痰処理の実際、結核患者とな

った看護婦の結核療養所における経験について看護婦と患者の立場から書かれていた。

「結核療養所に於ける痰処理の実際」⁸⁸⁾について書かれた著者の所属は高知とのみ記されていた。病院、療養所での喀痰の処理が十分できていない現状について挙げられていた。

結核の捉え方は、結核菌によって伝染し、特に肺結核では結核菌が咳と痰によって媒介されることが明記され、肺結核の伝染を防止するためには第1に開放性結核患者の隔離、第2に喀痰の完全な処置が必要とあり、結核療養所では隔離という役目は十分果たしているが、第2の喀痰の処理については十分でないことが指摘してあった。

その背景には、戦前は蒸気滅菌装置で完全に殺菌できていた病院、療養所であったが、戦後の燃料不足と設備の荒廃によって蒸気殺菌を行っている病院はほとんどなくなり、主として薬物消毒が行われているとあった。これは労働力の不足や管理が不十分なことから完全でないとして述べてある。当時、四国においてはワタワース女史によって、結核患者の痰の焼却方法が奨励されたとあり、高知療養所においては1947年から実施され、次第に改良を加えて行っている実際を公表した論文であった。

看護業務においては、雑役婦について紹介してあった。患者50人に対して雑役婦1人が病棟に配属され、日課についても記されていた。8時に出勤し、残飯処理、食器洗い、9時から痰壺洗いと便器洗い、病室掃除を済ませて30分の休憩を取り、午後からも同様の業務がなされ、終業は17時30分までとある。痰処理のための痰紙使用の実際についても紹介してあったが、痰をとる紙の調達が非常に困難であったことが書かれていた。痰処理方法については、著者が1949年3月から6月まで、四国の国立善通寺病院で行われた四国4県の看護婦指導者講習会を受講して、まず、結核療養所として実行しなければならないことは完全な喀痰の殺菌処置であり、焼却が一番良いと考えたが、差し当たって痰をとるための不要紙がなかったこと。調達には経済的問題もあり、高知県下の各中等学校以上の学校に看護婦志願者の勧誘をするとともに、生徒使用のノート、試験答案などの不要紙類を痰紙として寄贈することを懇請したが、わずかに2校の生徒が若干の寄贈をしてくれたに過ぎず、これには大変失望したとある。

そのような状況の中、同年6月に来高されたワタワース女史が著者の試みに対して非常に賛意を表し、直ちに県社会教育委員会を通じて県下の女性団体、日赤奉仕団に連絡され、その結果、各地から不要紙と共に花を携えて療養所を慰問する人が増え、慰問者には所長が紙芝居で結核の病理や外科的療法を説明し、著者らは病棟案内や病棟日課を説明して、一般の人への啓蒙に努力したとあった。

また、痰紙に適している紙と不適切な紙についても明記してあり、喀痰を紙に取って焼却することについて、療養所として、また社会的に有益なことについてまとめられていた。

療養所としては、患者自身に痰の処理法を教えたこと、労働力を軽くし、他に回すことができたこと、確実に結核菌を殺菌でき清潔であること、患者の枕頭が清潔な感じを与えることの4つが挙げられていた。

社会的には、結核は伝染病であり患者の痰は紙に取って焼却しなければならないことを、教育者、学校の生徒、家庭の主婦、町村の民生委員の方々に知ってもらうことができ、非常に価値のあることと結んでいた。

「看護婦の一結核患者より」⁸⁹⁾は、著者が突然病臥して約9か月が経った頃、よい看護へ活かされることを期待して自身が感じたありのままを綴った論文であった。

まず、結核患者の看護婦に対する心理について書かれてあり、患者が看護婦に対して 1 番求めていることは看護技術が優れていることは勿論のことであるが、親切な人か、自分にとってよき理解者であるかということであった。

結核患者の共通性としては温かい愛情を求めているとあった。患者は想像以上の鋭い神経を使っており、自分以外の患者に接する看護婦の態度の相違や看護婦の表情、動作を驚くほど観察しているとある。療養期間が長いため、看護婦に対しても病気以外の娯乐的、社会的なことに関する簡単な話題の交換などを求めているとあった。

次に、患者自身を中心としての心理について説明していた。患者は青壮年層が大部分を占めているので、自分の将来に対して真剣な関心を持ち、希望を胸に抱きつつ、多くは逆境と闘いながらじっと耐えてベッドの人となっているとある。また、狭い部屋に閉じこもっているためか、些細なことにもひがみ易く、個人主義的、理想主義的に陥ってしまう。悟りを開いた様な落ち着いた境地と、その反面、自棄の思想との両極端がいつも交差しているとあった。

患者が神経質であることについて、重症患者は別として常に違和を感じる程度の自覚症状に悩みつつ、見えざる内なるものとの格闘は一寸のことにも神経をいらいらさせること、結核菌が神経の中まで入ったのかと思う位、喜怒哀楽に対して感情的になると表現している。患者は更生の日を信じつつ、いつも新しい時を待っていることを記してあった。

文末には、「結核患者の看護婦としての私の感想」として綴られていた。最も苦しむのは精神の安定とあった。猜疑、嫉妬、妄想、不平、不満を少しでも少なくできることが患者にとっての幸せと述べている。著者も病床 6 尺では現実から離れて理想主義になりやすく寂しい気がするとのことであった。よい看護をするためには、看護婦自身が仕事に興味とよるこびを感じる事が、患者に対する最良の看護ができる根本問題であると述べている。また、看護婦の唯一の資本は、真心と健康、技術の洗練はもちろんであるが、公平で行き届いた看護と、健全な心身は患者の心身を慰め温めてくれるとともに回復への唯一の良薬であると述べていた。

その他にも、結核患者は自分の病気について専門的なことまで研究しているので、看護婦はその質問に対しても適切な返答ができるように常に準備しておくことが必要であり、随所に理知のひらめきを見せつつ親しまれ、信頼され、自然に患者を引きつけることも大事とある。

また、看護学以外の文学、音楽などの常識を豊かにして、常に新鮮で健全な話題を持つということも自分自身の向上と、患者を少しでも慰めるために大切なことだと思っていると述べていた。さらに、看護を行うためには患者の性格を知ることも肝要とある。神経質か、浪漫的か、わがままかなどの性格をよく観察して、相手の感情の流れに従って看護の目的を達するよう努めなければならないと指摘してあった。

夜間の看護婦の巡回は、不眠と淋しさに悩んでいる患者にとって限りない力強さを感じさせることも示してある。そして、看護婦が言葉遣いに注意すること、これはプライドを保つ上に大切な要素だと思つづく思つたとのことであった。言葉には自然にその人の教養がにじみ出ると同時に、患者の看護婦に対する態度も違ってくるとのことであった。また、監督下になくても、常に自主性をもっていなければならないことを指摘しつつ、元気で看護婦をしていた当時には全くできていなかったことを後悔していた。

<注>

- 1) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 508.
- 2) 香川県医師会(1953)香川県医師会終戦後史, 11.
- 3) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 524.
- 4) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 524.
- 5) 三浦豊彦(1981)労働と健康の歴史 第四巻, 労研出版部, 432.
- 6) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 340.
- 7) (1893-1980) 長野県生まれ。東京慈恵医院看護婦教育所を卒業後、1921年渡米、1924年RN(Registered Nurse:正看護婦)の資格をとる。さらにコロンビア大学で学び、リリアン=ワールドのもとで訪問看護に従事、1929年帰国。1930年に創立された大阪朝日新聞社社会事業団公衆衛生訪問婦協会の主任となる。1931年、雑誌「看護婦」を発刊。1941年まで続き、これはのちの日本看護協会の「看護」の母体的なものになった。1938年朝日新聞社の訪問婦協会が解散したため、これを個人事業として継続したが、1944年、戦争のため閉鎖した。1948年、大阪府衛生部医務課看護係長を経て、初代の厚生省医務局看護課長に就任、1950年に退任した。その後幼児教育に尽くした。(杉田暉道 代表(2009)系統看護学講座 別巻 看護史, 166.)
- 8) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 336-337.
- 9) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 379.
- 10) 川上武(1978)日本の医者 現代医療構造の分析, 勁草書房, 31.
- 11) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 379.
- 12) 青木純一(2004)結核の社会史, 御茶の水書房, 175.
- 13) 北川扶生子(2021)結核がつくる物語—感染と読者の近代, 岩波書店, 21.
- 14) 青木正和(2008)わが国の結核対策の現状と課題(1)「わが国の結核対策の歩み」, 日本公衛誌, 55(9), 668.
- 15) 青木正和(2004)医師・看護職のための結核病学 結核対策史, 財団法人結核予防会, 108-109.
- 16) 斜体は青木純一(2004)結核の社会史, 御茶の水書房, 結核史年表, 351-352.
- 17) 青木純一(2004)結核の社会史, 御茶の水書房, 175-176.
- 18) 青木正和(2008)わが国の結核対策の現状と課題(1)「わが国の結核対策の歩み」, 日本公衛誌, 55(9), 668.
- 19) 吉田裕(2019)日本軍兵士—アジア・太平洋戦争の現実, 中央公論新社.
- 20) 吉田裕(2019)日本軍兵士—アジア・太平洋戦争の現実, 中央公論新社, 101-103.
- 21) 青木和正(2003)結核の歴史, 講談社, 112.
- 22) 青木和正(2003)結核の歴史, 講談社, 194.
- 23) 青木和正(2003)結核の歴史, 講談社, 194-197.
- 24) 青木純一(2004)結核の社会史, 御茶の水書房, 59-65.
- 25) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 556-557.
- 26) 飯尾憲士編(1978)戦後の青春3・肺を病む, たいまつ社, 67-68.
- 27) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 557.

- 28) 青木正和 (2004) 医師・看護職のための結核病学 結核対策史, 財団法人結核予防会, 38.
- 29) 戸井田一郎 (2004) BCG の歴史: 過去の研究から何を学ぶべきか, 呼吸器疾患 結核資料と展望, 48, 15-40.
- 30) 李偉、看護婦の結核感染並に発病に関する 13 ケ年間の観察成績 (博士論文) (1945) 千葉医科大学, 国立国会図書館蔵書.
- 31) 安水仁司 (1947) 岡山医科大学附属病院看護婦及び同養成科生徒保健調査成績 第一報 疾病ノ概括的展望 (博士論文), 国立国会図書館蔵書.
- 32) 安水仁司 (1947) 岡山医科大学附属病院看護婦及び同養成科生徒保健調査成績 第二報 マントウ氏反王應ヨリ見タル検討 (博士論文), 国立国会図書館蔵書.
- 33) 安水仁司 (1947) 岡山医科大学附属病院看護婦及び同養成科生徒保健調査成績 第三報 赤血球沈降速度ヨリ見タル検討 (博士論文), 国立国会図書館蔵書.
- 34) 安水仁司 (1947) 岡山医科大学附属病院看護婦及び同養成科生徒保健調査成績 第四報 結核初感染発症ヨリ見タル検討 (博士論文), 国立国会図書館蔵書.
- 35) 熊谷時男 (1944) 結核療養所看護婦生徒の結核発病の対策に関する研究 (博士論文), 名古屋帝国大学, 国立国会図書館所蔵.
- 36) 野津聖 (1959) 国立病院, 国立療養所を通じてみた, わが国結核患者の状況, 九大結研紀要, 第6巻, 18-19.
- 37) 青木和正 (2003) 結核の歴史, 講談社, 198-199.
- 38) 楠井賢造 (長大角尾内科)・林田雋介・持田常一・福田義男 (1944.00) 看護婦に就て観察せる Tuberkulin 皮内反応の態度, 日本臨牀結核, 5(1-2).
- 39) 楠井賢造 (長大角尾内科)・林田雋介・持永常一・福田義男 (1944.03) 看護婦に就て観察せる赤血球沈降速度及び胸部レ線検査成績, 特に兩者並に Tuberkulin 皮内反応相互間の関係, 日本臨牀結核, 5(3).
- 40) 渥美三千里 (京大) (1948.1) 看護婦の結核罹患と B. C. G 接種の経験, 結核研究, 4(1, 3).
- 41) 鈴木修 (阪鐵病院) (1947.03) BCG 接種後に於ける大阪鐵道病院看護婦の胸部結核症發病状況, 交通醫學, 1(1).
- 42) 青木純一 (2004) 結核の社会史, 御茶の水書房, 28-29.
- 43) 「国民医療法」(抄) (昭和 17 年 2 月 25 日, 法律第 70 号) 第 1 章 総則 第 1 条 本法ハ国民医療ノ適正ヲ期シ国民体力ノ向上ヲ図ルヲ以テ目的トス。第 2 条 本法ニ於テ医療関係者トハ医師・歯科医師・保健婦・助産婦及看護婦ヲ謂フ。
- 44) 「保健婦助産婦看護婦令」(抄) (昭和 22 年 7 月 3 日, 政令第 124 号) 第 1 条 国民医療法第 27 条に基く保健婦・助産婦及び看護婦に関する命令は, この政令の定めるところによる。第 2 条 保健婦とは, 保健婦の名称を用いて, 保健指導に従事することを業とする女子をいう。第 3 条 助産婦とは, 助産又は妊婦, じょく婦若しくは新生児の保健指導をなすを業とする女子をいう。第 4 条 看護婦は, 甲種看護婦及び乙種看護婦とする。第 5 条 甲種看護婦とは, 傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助をなすを業とする女子をいう。第 6 条 乙種看護婦とは, 医師・歯科医師又は甲種看護婦の指示を受けて前条に規定すること (急性且つ重症の傷病者又はじょく婦に対する療養上の世話を除く。)をなすを業とする女子をいう。第 7 条 保健婦・助産婦又は甲種看護婦になろうとする者は, 保健婦試験・助産婦試験又は甲種看護婦試験に合

格し、厚生大臣の免許を受けなければならない。第8条 乙種看護婦になろうとする者は、乙種看護婦試験に合格し、都道府県知事の免許を受けなければならない。第71条 男子である看護人については、この政令中看護婦に関する規定を準用する。

- 45) 国立療養所史研究会厚生省医務局国立療養所課(1975)国立療養所史, 54.
- 46) 野村拓編(1977)看護婦・助産婦・保健婦養成機関調査(医療史資料復刻選・第3集), 医療図書出版.
- 47) 厚生省医務局(1955)国立病院10年のあゆみ, 8-16.
- 48) 遠藤恵美子(1975)昭和20年代の看護教育について—国立東京第一病院看護婦養成所を中心として—, 医学史研究, 44号, 26-31.
- 49) 日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみ—歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 東京, 217-218.
- 50) 免許取得年齢の18歳以上は17歳以上(満15~16歳)以上と繰り下げられた。同年、1941年12月8日に太平洋戦争に突入し、1943年12月18日には戦況急迫による看護婦増員の目的で「女子中等学校卒業者に対する看護婦免許に関する件」が文部省・厚生省共同で通達され、高等女学校で600時間、看護に関する科目を行った学校は看護学校の指定を受け、卒業生には免状が与えられた。1944年3月14日には、免許取得年齢が16歳(満14~15歳)に引き下げられた。また、看護婦学校講習所の教育年限を2年から1年半に短縮するなど、他の学校教育同様(高等女学校は5年が4年に)短縮された。さらに同年、10月3日の看護婦規則改正で検定試験受験資格特例として、医師の下での経験は女子中等学校卒業者が3カ月以上、その他は6カ月以上となった。(日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみ—歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 東京, 80)
- 51) アメリカにおいては第一次世界大戦中から戦後にかけて、看護職の需要が増えたため、看護学校の入学資格を緩め、多くの学生を入学させていた。しかし、その影響は教育レベルの低下をもたらし、看護婦の資質と公衆衛生看護における看護教育のあり方が問題となった。この問題解決に向けてロックフェラー財団が基金を寄付し、エール大学ウィンスロー(C. E. A. Winslow)教授が議長となり、Committee for the Study of Nursing Educationを組織し活動した。実際の調査は、秘書のゴールドマーク(Josephine Goldmark)が中心となって行い、調査結果は1923年に『アメリカにおける看護と看護教育』(ゴールドマーク・レポート)として出版された。調査により次の3つが明らかにされた。①公衆衛生の分野が広範囲に無視されていること。②多くの学校で看護教育、特に技術教育設備に欠陥があり、教師もその職務に適したように教育されていない。学科も特に理論と実技との関係が基準以下であること。③病院の看護部長と看護学校長の任務は、別々の者が担ったほうが業務の目的を遂行する上で適していること。(日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみ—歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 東京, 140)
- 52) 佐藤公美子, 坪井良子(2002) GHQによる戦後の看護教育カリキュラムの成立と経緯, 日本医師学雑誌, 48(3), 370-371.
- 53) 大石杉乃(2004)『バージニア・オルソン物語』, 原書房.
- 54) 金子光編集(1992)『初期の看護行政』, 日本看護協会出版会.
- 55) ライダー島崎玲子, 大石杉乃(2003)『戦後日本看護改革』, 日本看護協会出版会.

- 56) オルソンは、1947年5月に来日し、GHQ看護課で公衆衛生看護コンサルタントとして勤務した。1949年6月、日本は占領下であるためにGHQから出国が許可されなかった日本助産婦看護婦保健婦協会会長の井上なつゑに代わり、日本助産婦看護婦保健婦協会代表として国際看護婦協会（International Council Nurses:ICN）創立50周年記念大会（ストックホルム）に出席し、日本助産婦看護婦保健婦協会のICN再加入承認に貢献した。再来日し、1952年1月からは原爆障害調査委員会看護コンサルタント、11月から1954年12月までロックフェラー財団のコンサルタントとして日本人看護婦を指導し、日本人看護婦がロックフェラー財団奨学資金で、アメリカでの看護を学ぶ支援をした。日本看護協会は、1982年5月にオルソンの功績を称え、名誉会員に推薦し、会員証を発行した。
- 57) 名称は東京看護教育模範学院（Tokyo Demonstration School of Nursing）。GHQ看護課が聖路加の看護教育者の力と、日赤の臨床看護能力と設備を仲介・併合して設置した。（日本看護歴史学会編（2014）日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ、日本看護協会出版会、東京、86.）
- 58) 当時、甲種看護婦養成所として発足したのは、模範学院構成校の聖路加女子専門学校と日本赤十字女子専門学校、元軍事病院であった国立病院附属甲種看護婦養成所17校の計19校であった。（日本看護歴史学会編（2014）日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ、日本看護協会出版会、東京、88）
- 59) この他にも、甲種看護婦数の不足や医師にとって看護指示ができない乙種看護婦、看護婦既得権者の考えなど、当時の関係者の考えが反映している。
- 60) 2年課程の入学は、准看護婦としての経験3年以上または高等学校卒業を要件としている。当時の看護婦不足や高等学校は定時制（4年）に入学したことが理由に挙げられるとされている。また、2年課程は、准看護婦では働きながら進学することが多いので全日制に加えて定時制（3年）の教育機関が設けられた。
- 61) 看護行政研究会編（2019）2019年看護六法、新日本法規、1613-1614.
- 62) 看護婦課程では、看護学が595時間から690時間と大幅に増加した。新設科目は「公衆衛生看護概論」「理学療法」である。「内科学と看護法」が60時間から90時間に増えている。（日本看護歴史学会編（2014）日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ、日本看護協会出版会、東京、90.）
- 63) 授業時間数は看護職より医師の方が1.5～2倍多く、看護の専門性よりも当時の病院での看護の実際を中心とした教育であった。（日本看護歴史学会編（2014）日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ、日本看護協会出版会、東京、90.）
- 64) 授業の多い週は実習時間が少なくなり、授業の少ない週は実習時間数が多くなる。
- 65) 日本看護歴史学会編（2014）日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ、日本看護協会出版会、59.
- 66) 金子光（1994）看護の灯 高くかかげて、医学書院、99.
- 67) 桑原道子・日高道江（1948.01）結核患者食事に関する調査並に考察、看護学雑誌、3（2）.
- 68) 谷相美恵（高知）（1950.11）結核療養所に於ける痰処理の実際、看護学雑誌、8（5）.
- 69) 日本のあゆみ；創傷ケアと包帯法、p.116.
- 70) ナイト（1947.02）結核、看護学雑誌、1（5）.
- 71) 下村怜子（聖路加病院）・今澤信子（1949.09）結核性腎臓炎、看護、1（3）.

- 72) 藤森速水(大阪醫大)(1949. 11)妊婦肺結核, 看護, 1(5).
- 73) 鈴木邦夫(結核予防会)(1950. 06)Schub, 看護学雑誌, 7(6).
- 74) 楠井賢造(長大角尾内科)・林田雋介・持田常一・福田義男(1944. 00)看護婦に就て観察せる Tuberkulin 皮内反應の態度, 日本臨床結核, 5(1-2).
- 75) 楠井賢造(長大角尾内科)・林田雋介・持永常一・福田義男(1944. 03)看護婦に就て観察せる赤血球沈降速度及び胸部レ線検査成績, 特に兩者並に Tuberkulin 皮内反應相互間の關係, 日本臨床結核, 5(3).
- 76) 渥美三千里(京大)(1948. 1)看護婦の結核罹患と B. C. G 接種の經驗, 結核研究, 4(1, 3).
- 77) 鈴木修(阪鐵病院)(1947. 03)BCG 接種後に於ける大阪鐵道病院看護婦の胸部結核症發病狀況, 交通医学, 1(1).
- 78) 額田晋(額田研)・奥谷みさ(1946. 07)Heterosat に依る結核發病防止試験成績, 看護婦に就ての 3ヶ年半の觀察, 医学と生物學, 9(1).
- 79) 田澤鐮二(東京療養所)(1943. 12)結核患者收容所醫師看護婦附添に於ける豫防, 戦争と結核.
- 80) 西垣雄太郎(滿洲四平病院)(1944. 03)看護婦の勤務配置, 看護婦結核罹患對策私案, 産業保健, (57).
- 81) 近藤宏二(厚生省母子衛生課)(1948. 10)結核豫防概説, 看護学雑誌, 4(5).
- 82) 野崎美枝(滋賀)(1950. 06)結核患者家族檢診, 看護, 2(6).
- 83) 井上泰代(日本結核予防協会)(1949. 01)看護婦の教養, 看護学雑誌, 5(1).
- 84) 高橋シュン(日赤中央病院)(1949. 11)内科的結核看護, 看護, (巻号記載なし).
- 85) 會我好子(千葉療養所)(1947. 08)結核患者心理狀態, 看護学雑誌, 2(3).
- 86) 桑原道子・日高道江(1948. 01)結核患者食事に関する調査並に考察, 看護学雑誌, 3(2).
- 87) 上田すみれ(伊達日赤病院)(1950. 02)結核病棟の事, 看護, 1(6).
- 88) 谷相美恵(高知)(1950. 11)結核療養所に於ける痰處理の實際, 看護学雑誌, 8(5).
- 89) 佐々木ミツエ(1949. 08)看護婦の一結核患者より, 看護学雑誌, 6(2).

第VI章

結核看護史第V期 1951年～1961年、「新結核予防法」制定から結核患者登録票を用いた患者管理が全国一斉に実施されるまでの「結核対策全盛期」

はじめに

本章が対象とする1951年～1961年の時期の特徴は、化学療法の進歩や外科療法といった結核治療が発展する中で、結核患者が自身の生活保障を求めて国を相手取り、立ち上がったことである。重症者を含めた結核患者が自らの身体を投げだして患者が集結して日々の最低限の生活の保障を訴えたのである。

戦後の新憲法下で病人の人権が保障されることとなったが、朝日訴訟という行政訴訟から、いかに患者の人権が無視されていたのかということを見ていく。この患者運動は、第2節において、ほとんど社会保障制度が整備されていなかった時代の患者運動としてみていくこととする。

また、この患者運動という医療告発運動が契機となって、看護では看護婦が労働条件の改善を求め業務体制の改善へとつながっていったこと、その他にも看護教育では、看護の質保証のための大学教育の創設という大きな取り組みがなされたことについて述べる。

こういったことから、本章では患者運動を無視して看護をみていくことはできないのではないかと考え、ここで患者運動についての概要に触れた上で、本章が対象とする時期に行なわれた結核政策、結核治療、看護教育制度、戦後の医師不足への対処および結核看護の実際について述べることとする。

では、まず結核患者の患者運動は結核患者だけに留まらず、その他の障害者や看護婦の人権にも関与したことについて触れておく。

川上は、戦後になると病人が団結して積極的に自分達の要求や問題を社会・国家・企業に訴えるようになったと述べている。また、このような変貌の根柢には新憲法による基本的人権の確立があるのは言うまでもないが、人間の最低限度の生活を保障した第二十五条にしても、結核患者の長期の行政訴訟（朝日訴訟）といった闘いを通して内容が具体化していったのを忘れることはできないと記している¹⁾。

そして、この患者運動・医療告発運動は、戦後日本医療史上の特徴と述べている²⁾。そのほかにも、長安は、戦後の混乱期に結核療養所の患者たちが、自衛のために立上った患者同盟の誕生→発展が前期の患者運動の主体となったこと、結核患者の全国組織、日本患者同盟（以下、日患と略す）は結核患者の療養条件の改善・医療内容向上の原動力となっていたとしている。朝日訴訟の朝日茂も日患の活動家であり、その運動の延長線上に朝日訴訟のうまれる地盤があったと述べている。そして、日患はたんに結核患者の要求・問題のみに限らず、その他の病人・障害者の要求実現をめざす社会保障闘争の中核となっていたと記している³⁾。

こういったことから医療職である看護婦は、結核患者に対して、治療および看護の専門職として対応しているだけに、患者運動のもつ意味をより深く理解しなければならない立場にあったと言える。また、患者運動と看護婦の相互の関連についてもみておく必要がある。

さて、戦後の新憲法下で病人の人権が保障されることとなったが、結核患者のケースでみると、先に記したように朝日訴訟という医療訴訟が歴史に刻まれており、いかに患者の人権が無視されていたのか、また、同時に患者を看る立場であった看護婦はどのような労働環境の下で働いていたのか、ということについてみておくこととする。当時の医療は、戦後の復興と経済成長により医療技術の発展もみられ、それに伴い医療機関の看護も強く影響を受けていた。看護婦は独身であることや、全寮制の生活が余儀なくされており、看護婦の労働条件や職場環境についての改善の声が上がり、看護婦の権利意識も高まっていた。

また、結婚と育児との両立を目指す看護婦が見られだしたのもこの時期であり、人間宣言とも言われた医療統一闘争であった病院ストが全国に広がっていったのである。低賃金で夜勤をこなしていた看護婦たちが、夜勤制限を要求する実力闘争が全国的に広まり、ニッパチ闘争⁴⁾とも呼ばれていた。夜勤の改善は、先の1965年になって、人事院が看護婦の夜勤制限の必要性を認めて、夜勤は月平均8日以内、1人夜勤の禁止などの判定が出されるようになるのだが、それまでは患者を支援する看護婦の労働環境は整備されていなかった。

このような労働環境下で結核患者への看護がどのように行われたのかをみていくこととする。おそらく、個別の患者に応じた看護が提供できることを願いながらも、そこには限界があり、しかし、少しでもよい看護ができるように尽力したに違いない。

しかし、戦後、人々の人権意識の向上が見られるなかで医療者の立場である看護婦の労働問題はさることながら、結核患者が置かれていた生活について、さらに踏み込んでみておく必要がある。なぜなら、戦前において「すべてに軍事が優先する体制の下では、兵士の生命が“馬より安い一銭五厘”といわれたくらいに、生命尊重の思想は弱かったが、これは軍隊に限られたことではなく、一般社会でも本質的には同じことが様々な形をとって行われていた」こと、「とくに貧困者・遊女・タコ部屋労働者・被差別部落などでの権利無視が目立っている。軽工業での年少・女子労働者や農民の過酷な労働・生活条件もひどいものだったが、それ以上に非人間的なものであった」⁵⁾とされていたことから、特に寝たきりであった重症結核患者も関連する状況であったと考えられるからである。

戦後の新憲法では、第二十五条で「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。②国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と規定されているように、病人や障害者の人権が保障されるに至った。しかし、それまでは、労働者において働けなくなった病人や反抗者の“生き埋め”は日常で、病人の待遇はタコより囚人の方がよかったくらいということが記されている⁶⁾。遊女においては、病気で働けなくなれば治療はもちろん食事も粗末にされ、死亡すると“投げ込み寺”に捨てられ、被差別部落・アイヌ部落の保健状態も劣悪であり、ハンセン病や精神障害は病人としての権利制限は当然といった風潮がまかり通っていたとされている⁷⁾。

さて、戦後の新憲法下で病人の人権が保障されることとなったが、結核患者のケースでみると、実際に朝日訴訟にみられるように、いかに患者の人権が無視されていたのか、また、同時に患者を看る立場であった看護婦の実態についても当時の事実にも迫り、結核看護の実際についてみていくこととする。

第1節 結核政策

人権意識が高まっていた時期の結核政策についてみていく。1951年当時、結核は、重大な公衆衛生上の問題であった。全国の病床のうち約4割を結核病床が占めていたという状況であった⁸⁾。

1951年の結核罹患率（人口10万人対新たに結核と診断された人〈再発を含む〉の数）は698、死亡率（人口10万人対1年間に結核が死亡原因で死亡した人の数）は110.3と、非常に多くの国民が結核で苦しんでいた⁹⁾。

死因順位は、1945年の敗戦後、医学の進歩、社会情勢の好転に伴い、結核死亡は急激に減少し、第1位を占めていたものが1956年には、人口10万対死亡率48.6となり、第5位までに下がったことが示されている¹⁰⁾。1955年には、死因順位の1位が脳血管疾患、2位が悪性新生物、3位が老衰、4位が心疾患となり¹¹⁾、生活習慣病が上位となっていることから、戦後の復興とともに食生活も豊かになった背景が伺える。

1951年～1961年「結核対策全盛期」の主な結核医療について表6-1に示す。

表6-1 第V期1951年～1961年「結核対策全盛期」の主な結核医療

年	月	日	主な結核医療の歴史年表
1951	3	31	新結核予防法（法律第96号）により結核予防法全面改正（結核医療費公費負担、結核患者を保健所に登録、感染の恐れある患者に対する命令入所等）
1954	3		第1回結核実態調査結果発表（全人口の3.4%、患者数292万人）48年までに計5回
1955			グルタミン酸添加による安定したBCG凍結ワクチンを完成
1955	8	1	結核健康診断 乳幼児を除いた全国民に拡大
1955			梅沢浜夫 カナマイシンを発表
1957	4	15	結核健康診断の無料化
1961	5	26	患者管理制度改正、命令入所制度強化

青木正和(2004)医師・看護職のための結核病学 結核対策史, 財団法人結核予防会, 109.

斜体は青木純一(2004)結核の社会史, 結核史年表, 御茶の水書房, 352.

結核予防法の改正では、1951年に結核予防法全面改正が行われた。これは、1919年に制定された結核予防法を、全面改正したものである。この新結核予防法は、結核医療費公費負担制度、結核患者を保健所に登録、感染の恐れのある患者に対する命令入所の実施など、その特徴は、結核の診断、治療、予防、管理のすべて、ならびに実施法を定め、いわば統合化された対策である。一本の法律で統一的に実施できるようにし、公衆衛生対策のモデルとなり、責任の明確化もできた。

その他にも保健婦による家庭訪問等が規定され、これによって駐在保健婦の活動も活発になった。駐在制とは、地域住民に密着して活動することである。

この駐在制が開始された当時の高知県の紹介によると、まだ化学療法は普及しておらず、唯一の対処法は「大気・栄養・安静」で、家庭訪問指導・健康診断と予防接種・隔離療養室の無料貸与制度などがなされていた。地方での結核治療法がこれまで行われてきた3大療法の継続であり、化学療法の普及がなされていない医療状況下では、結核患者の回復は望めるはずもないと言える。

1951年の結核罹患率は10万人対698、死亡率は同110.3と、非常に多くの国民が結核で苦

しんでいた時期である。しかし、この年に、現在の感染症法の前身である結核予防法を定め、国家としての本格的な結核対策を始められた¹²⁾。1951年制定の結核予防法に基づく施策は、猖獗を極めていた戦後の結核の抑制に大きな効果があったとされている。

医療費の支払いでは、戦前は自由診療という現金支払いの診療であったが、戦後は社会保険による診療が中心となり、戦前と戦後では大きく変わった。

1961年には「国民皆保険制度」の実施がなされ、全国民は、何らかの医療保障の給付を受けて治療を受けることが実現されたのである。国民皆保険は、これまでの戦争の歴史と切り離せない背景があり、保険制度において歴史的な快挙であった。国民皆保険制度が始まる前の日本の医療では、1922年に医療保険制度が公布され、1927年に開始されたという経緯がある。

しかし、当時の保険制度の被保険者は工場法および鉱業法の適用を受けた企業で働く常用従業者を対象としており、多くの臨時雇用従業者は除外されていたのである。保険料は事業主と従業者が負担し、保険料は賃金の3%とされていた。保険給付は、従業者の怪我や病気に対する療養、現物給付、労働ができない時期に対する手当金が中心となっており、また、この給付の対象はあくまでも被保険者本人のみで、家族に対する給付はなかったのである。

しかも、支給期間は180日以内に限定されていたので、当時歴史的に大流行していた結核にかかってしまった従業者など、長期にわたる療養者には、ほとんど効果がない制度であった。当時の医療保険の対象者数は、1934年に行われた制度改正までは、総就業人口約3,000万人のうち、わずか200万人であり、対象者は一部大企業の従業者に限られていたという経緯もある。

また、国民皆保険制度が始まった歴史的背景には戦争がある。1914年から1918年の第一次世界大戦を受け、日本の工業は歴史的発展を遂げた。しかし、それと並行して労働者の健康や生活の安定を求める運動が各地で勃発するようになり、この運動がきっかけとなって1922年に「健康保険法」がつくられた。

しかし、この健康保険法の対象は都市部で働く労働者のみに限定され、国民の数に対して加入者はそれほど多くはなかった。

そのような社会情勢のなか、1929年に世界大恐慌が勃発したのである。国内で軍事関係の工業は大きな成長をとげたが、農産物を扱う仕事が減少した結果、当時の国民の半数は農家であったことから、この政策のあおりを受けた農民たちが貧困と病気で苦しむ状態になってしまったのである。しかし当時の日本は、戦争のために健康な国民を必要としていたので、軍事関係の工業の発展があっても、国民が病気で衰弱し兵力にならなければどうしようもなく、1938年に「国民健康保険法」が制定された。

この保険法は農民が主な対象者であったが、当時はまだ強制加入ではなく、任意保険であった。その後1942年に法改正され、組合員の資格があるものは強制加入が適用されるようになった。

このような戦前の歴史を経て1961年、国民皆保険制度に至ったのである。国民皆保険は戦争との関係という歴史的背景があり、国民皆保険制度の導入により、ほぼすべての国民が強制的に公的医療保険に加入し、貧富の差に関係なく、医療機関に受診すれば保健医療サービスを受けることができるようになったのである。

なお、病人を看る看護についてみると、今日まで日本の医療政策は政府や職能団体に任されており、現場の看護婦は決められたシステムのなかで日常の看護を行うことに終始してきた。

医療者である看護婦の医療政策の履修課題については、看護教育の歴史を通して次のように挙げられている。

看護基礎教育では医療政策について、修得する機会がほとんどないため、医療現場で生じている課題に気づき、その改善や是正ができるよう、医療政策の基礎知識を身につけておくことが必要である。このことに関するカリキュラムについて、康永は「大学や専門学校では、カリキュラムの大部分が医学・看護の基礎知識や看護技術などの習得にあてられ、学生が医療経済や医療政策について深く学ぶ機会は少ないかもしれません」とカリキュラム上の課題について述べている¹³⁾。

しかし、当時、結核療養施設で患者を看護し、患者が不当な扱いを受けていたことを目の当たりにした看護婦は、医療政策を意識せざるを得なかったと考える。

第2節 社会保障制度の確立に向けた患者運動

この節では、結核の歴史に刻まれている結核患者が起こした訴訟から療養生活の実態を述べる。

戦争の激化は、医療従事者の圧倒的不足や医療品・医療器材の欠乏、食料の不足など、医療の現場にも荒廃をもたらした。特に病院・療養所に入っていた結核患者たちは、“国家の役に立たない厄介者”というレッテルを貼られ、身体的にも精神的にも絶望の淵を徘徊していた¹⁴⁾。

一億餓死説が巷に流れた終戦前後、社会の疲弊と混乱、極端な食糧不足のなかで疎開もできず結核病院、療養所にとり残された入院結核患者たちは、生きるためにあらゆる妨害と弾圧を排し患者自治会を誕生させ、各患者自治会は団結して首都の患者同盟（省略、都患同盟）を組織することになった。都患同盟は、1946年10月に結成され、日患の結成を中心となって進めた。都患同盟は、結核患者の生命と生活を守る運動を前進させるため連合軍最高総司令官、歴代の厚生大臣、都知事への直接陳情などを次々と実現させていった。また、病院では患者たちが、都患同盟の協力を得て病院のふりかざす「強制退院」の威嚇にひるまず、低劣な患者給食や不当な処遇に反対、病院全体にビラを貼って闘ったのであった¹⁵⁾。

しかし、施設内での結核自治会の結成は容易なことではなかった。特に私立系施設では、直接、経営者の利害に関わるため、経営者の激しい抵抗を受けたのである。

その事例は、中野浄風園病院における闘いとして紹介されている¹⁶⁾。

中野浄風園病院でも他の施設と同様に、敗戦の前後は一椀の雑炊とイモ数切れという状態におかれ、患者は病魔と栄養失調で次々と倒れ、そのうえ飢えに堪えかねて逃げ出す患者も多く、男子3病棟それぞれ40名、女子1病棟50名の合計170名ほどいた入院患者が激減し、昭和20年の春には120数名を数えるほどになっていた。

しかし、絶望の淵に喘いでいた中野浄風園病院の患者たちにも、ささやかながら心身を癒す拠り所があったとされる。患者の中から戦時中に生まれた俳句・短歌のサークルがそれである。このサークルの存在は、死と直面する療養生活のなかで、患者にひとときの安

らぎを与え、人生を見つめ、ときには男女の愛を芽生えさせてくれる極めて人間的な場であった。同時に、患者同士が心を通わせ、絆を強めるなかで、自治会結成の原動力となった。戦後、この俳句・短歌サークルが核となって、他の施設と比べて極端に悪い食事内容に、頂点に達した患者たちの怒りが結集し、強力なリーダーのもとで自治会結成へと結実することになった。院長は、病院経営に不満をもつ患者・職員への威嚇や、自分の意に沿わない者に対する差別はやめなかったという。そのうえ主食であるわずかな配給米を密かに誤魔化し、私腹を肥やすのに汲々としていた。こうした病院経営に対する抑えがたい憤りは、俳句・短歌サークルを核として徐々にふくれあがっていったのである。患者たちは、リーダーを中心に密かな集いをもち、配給米のピンハネなど、他施設との比較で病院不正の実態を調べあげ、同時に患者たちのナマの声をまとめあげていったとのことである。

患者代表は、院長に病院の不正を正す要望書を手渡し、両者の睨みあいが続いたが、やがて院長は重い口を開くと「患者処遇の改善」を約束したという。数日後、この約束は給食の改善となって実を結んだことから、患者たちの胸には怒りが確信となり、勇気となって湧き上がったとのことである。

戦後1年目の物資不足や病院・療養所の患者運動については、次のように記されている。

翌年の1946年、病院の外では、米よこせデモや隠匿物資の摘発デモ、労働争議が激増していた。このような日本列島を覆った民主化のうねりは、全国の病院や療養所などの医療施設に波及し、各地で自治会結成のニュースが相次いだとされている。この頃、東京でも各所で患者と職員のいのちと生活を守る運動が始まっていた¹⁷⁾。

1. 都患同盟および日患同盟の誕生

中野療養所患者生活擁護同盟（中野患者擁護同盟）は、全国のおもな結核療養所に向かって患者自治会の結成を呼びかけると同時に、中野浄風園病院など、都内の民主化運動に指導的な幹部を送って援助していた。

1946年10月13日に東京都患者同盟が結成され、結成大会の場所は中野療養所内の慰安室があてられた。日本の歴史はじまって以来の患者同盟の誕生を祝い、清瀬病院の島村院長は次のように述べている¹⁸⁾。

食糧を頂点とする日本経済の破綻は、結核を極度に蔓延させ、戦争は結核療養施設を極度に貧困化させた。現在の結核療養所の空床は日本結核社会政策史上、空前のことであり、したがってかかる療養所をすら利用せざるを得ない結核患者の苦痛はまた未曾有のものであろう。このとき病を同じゅうする者が手を取りあって民主主義の澎湃たる足どりを聴きとりつつ、東京都患者生活擁護同盟の結成を誓う。まことに機宣を得たる壮挙というべきであろう。日本の結核は明治産業革命以来の命題であり、この命題は政府以下衝にあたった者ことごとくが失敗してきた命題であった。いま決然として患者自身がこの解決にあたらんとする。けだし最も自主的にして積極的、現実的にして民主的な解決が企図されるであろう。しかもこの挙は、やがて全日本の勤労者階級の利害につながるものである

と述べ、万雷の拍手をあげたことが記されている。議長には、清瀬病院の朝倉純義、副議長に浄風園の小島貞夫（のちに都患同盟会長）と杉並療養所の斎藤智勇、書記に中野療養所から2名、清瀬病院から1名が選出された。第1回の執行委員会では、8項目にわた

る次の「行動綱領」を可決している¹⁹⁾。

- 一、患者療養生活の経済的安定と、その社会的文化的向上
- 二、医療費の全額国庫負担
- 三、民主主義的医療制度確立への積極的参加
- 四、全日本医療従業員組合協議会並びに各種民主主義団体との連携による医療の大衆化
- 五、社会保険制度の改革と、その合理的運営
- 六、医療施設、特に結核施設の増設とその充実
- 七、医療界よりの非民主主義者の徹底的追放
- 八、民主政府による医療の一元化

以上の8つの「行動綱領」を可決し、文字通り都患同盟の運動の柱となっていくこととなるが、患者療養生活の改善にとどまらず、医療費の全額国庫負担や社会保険制度の改革など、その後の日本の医療・社会保障に重要な影響を与える先駆的な内容をもっていたとされている。

こうして都患同盟は約2,000名を擁する患者組織として誕生し、結成して3日後には第2回目執行委員会を開催し、6日後には都庁、厚生省に対する初めての陳情を行っている。都庁にたどり着き、安井東京都長官からの言葉は「尽くすことは尽くしている。それで死んでいくものは仕方がない。第一、戦争に負けたんだぜ」²⁰⁾と記されている。

都と厚生省に対する陳情で、都患同盟が求めた要求は次の内容である。どの要求も、結核患者として病魔と闘い生き抜いていくためのギリギリの要求であった。

- 一、患者生活の改善
 - イ、主食一合加配
 - ロ、生鮮食料品、特に蛋白、脂肪質食料の増量
- 二、患者特配物資の確保
 - イ、牛乳一日一合無償配給
 - ロ、バター一月一^{ポンド}封度無償配給
 - ハ、鶏卵月十個無償配給
 - ニ、肝油月五百グラム無償配給
 - ホ、果実一週間百匁無償配給
- 三、患者用衣類並びに日用品の特配
病衣、敷布、包帯、タオル、石鹼、チリ紙等
- 四、患者一人一世帯の実施
- 五、公費患者に対する「生活保護法」の即時適用
- 六、東京都委託病院入院既定の改正
- 七、結核病床の完全稼働とその増設

都患同盟に対する河合良成厚生大臣の回答書には、主食一合加配は現時点では無理だが五匁加配を全国結核施設の入院患者を対象とする、生鮮食料品は優先的に増配する、「日用品」として石鹼を近日中に特配する、窮迫している公費患者には生活保護法を即時適用する、等々が綴られていたとある。

このことは、都患同盟の巨大な一歩が印された瞬間であるとされている。この陳情の成果は、マスコミによって全国に紹介され、特に、厚生大臣の回答内容が、東京都下の結核施設入院患者に対するものだけでなく、全国の結核施設で飢餓状態に追い込まれている患者を対象としていたことは、全国の患者に驚きと喜びをもって受け入れられ、団結の核心を与えたとされている。

その後も都患同盟は、飢餓に苦しむ入院患者の療養生活を守るために、各病院・療養所と直接交渉し、あるいは患者自治会の結成を援助しながら、わずかな期間に医療施設の民主化や医療品・日用品の確保など数々の成果をあげていった。同時に、全国患者組織の結成をめざして、全患同盟規約草案を作成し、機関紙「都患ニュース」とともに、全国の医療施設にアピール文を添えて発送した。

1946年から、岡山、京都、千葉、愛媛などで自治会結成があいつぎ、悪徳管理者追放による施設の民主化や主食の一合加配、衣料品・医薬品の放出など貴重な成果を挙げていたが、首都東京での蜂起によって、全国結集の機運が一気に高まり、1947年1月には、患者同盟も全国組織へと発展し、全日本患者生活擁護同盟（全患同盟）が結成された。

そして、全国組織結成の動きはさらに続き、全患同盟が結成された翌月の2月には、旧傷痍軍人療養所に入所していた患者たちによって、国立療養所全国患者同盟（国患同盟）が結成され、3月には旧陸海軍関係の病院に入院していた患者たちによって、全国国立病院患者同盟（国病同盟）があいついで結成された。全患同盟は、この3つの全国組織による連絡協議会を提唱し、同盟員の熱い期待もあつて三同盟統一へ向け模索していった。

全患同盟は、生活保護法に基づく医療券患者であり、国患同盟は傷痍軍人一色の組織であるので統合までは困難があったが、のちに、1948年3月31日、全患同盟と国患同盟は「日本国立私立療養所患者同盟」（1949年より日本患者同盟と改称）として新たに発足した。これにより、同盟員は23,000人を擁する全国組織結成の悲願が実現したとされている。

また、不治の病とされた結核に、アメリカで特効薬のストレプトマイシンが発見された朗報が『全患特報十六号』により伝えられ、同盟員の中に明るい話題が広がるなど、餓死線上で苦しむ多数の患者に生きる希望をもたらしたとされている²¹⁾。

しかし、1948年8月、誕生したばかりの患者運動に対し、連合軍から「医療券患者の軽快者追い出し」の指令が出され、東京都は米第八軍（東京軍政部）の指令に基づき、都内の結核病院、療養所から軽快者の追い出しを一斉に開始した。この指令を出したのが、東京軍政部所属の医務課長・マニトフ大尉であったことから、戦災で家を焼かれ帰る先のない多くの患者は、これを「マニトフ旋風」と呼んで恐れた。この連合軍の指令は、街に結核患者が蔓延し、連合軍兵士が接触することで結核にかかることを防ぐため、医療券患者のうち軽快者を追い出し、街にあふれている結核患者を入院させることが目的であった。

連合軍総司令部の指示は表面、入院待機患者のための結核ベッドの回転を指示したものだったが、日患本部役員全員がこの指令通達に該当していたため、監督官庁を通して全国の病院に及ぶにあたり、そのホコ先は日患幹部の追い出しと、患者会の解散へと向けられたものでもあった。

1948年当時は、医療を必要とする要医療結核患者は300万人を超え、その大半は生活保護の医療券患者であり、入院生活を保障する福祉事務所からの医療券が、唯一の結核患者

の命の綱であった。

緊急事態を受けた日患は、第二回臨時中央委員会を国立東京療養所に招集した。当時は主食が統制されていたので、全国の代表は自分たちが食べる分の米を背負って参加した。会議では、相手が絶対的な権限を持つ連合軍であることから、「仕方がない」との発言もみられたが、議論のすえ、①空床の絶滅、②病床の増加、③アフターケアの確立、④夜間サナトリウムの設置、の4項目の確立と一方的な「退所措置」には反対することが決定された。

9月に入るとマニトフ旋風はさらに勢いを強め、全国の療養所、病院に波及していった。

九州では、福岡軍政部と九州地区軍政部から「勸告」が相次いで出され、軍政部のジープが療養所内まで侵入するという事態まで発展し、国立療養所の患者自治会が相次いで解散した。日患は九州、奈良、岩手までのびた自治会解散に対して、連合軍及び国会に対する運動を強化していった。

1949年の経済政策では、吉田内閣によって独占資本を守る経済九原則（日本の急激なインフレを見かねたGHQが経済のプロフェッショナル、ジョセフ・M・ドッジを派遣しデフレ政策を打ち出したドッジライン）が強行され、公務員20万人を首切り対象とする定員法が成立した。国家予算の約1/3を大企業に対する交付金や補助金に支払うというドッジラインの強行は、独占資本を育成し、国民生活の犠牲を強要したが、これは結核病院、療養所の弱い部分に集中的に現れたとされている。家賃1ヵ月72円、成人1人1ヵ月の生活費が1,400円といった低い生活保護基準が押しつけられ、患者負担の増加、医療券打ち切りが続出した。さらに、健保の改悪（初診料の新設と被保険者の保険料率の引き上げ）、医療従事者の首切り、療養を余儀なくされていた労働者の首切りとなって表面化した。

都患同盟は、看護婦の従業員組合とともに街頭に立ち、生活保護基準の引き上げを訴えるとともに、「医療従事者の首切りはベッドで殺されるのと同じ。医療従事者と療養生活者を首切りから守れ」と必死で訴えたが、吉田政府による首切りは阻止できなかったとされている。

社会保障の削減を目的に、1949年暮れから1950年にかけて、国会には生活保護法の改正案が提出された。この改正案に対して、都患同盟はじめ全国の患者たちの反対運動が組織されていった。反対運動のポイントは、改正案が通ると、①民生委員がロボット化し官僚統制が強化される、②居宅保護が原則となり入院が制限される、③査定が原則となり入院保護が制限される、④福祉事務所に保護打ち切りの権限を与えることは強制退所に利用される、⑤罰則が強化される、というもので、運動は全患者の署名活動から国会、報道機関へ向けての訴えにまで広がっていった。しかし、生活保護法の改正案は、患者会の反対むなしく国会を通過した。²²⁾

1952年を前後して、政府による社会保障関係予算の削減政策は、あらゆる分野で深刻な影響をもたらしていた。

当時、病院や療養所での生活は、戦後の患者運動の積み重ねによって、諸権利を勝ち取り、病院給食も著しく向上していたが、なおその内容は、1/3が代用食、しかも牛乳は1本もつかない状態におかれていた。生活保護患者には毎月、450円の「日用品費」が支給されていたが、ほとんどの患者は、その大半を主食を補うための食費にあてていた。

1953年度の結核患者数も、要医療者292万人、要観察者261万人、要入院者137万人、

入院外の空洞のある患者 54 万人と、政治の貧困を受けて増加の一途をたどっていた。

そうした状況のもとで、第二次世界大戦後の平和条約であるサンフランシスコ講和条約が調印された 1951 年 9 月には、安井東京都知事により結核予防法の改正実施が取り消され、10 月には厚生省が事実上、患者から付添婦を取り上げる方針を決定した。

付添看護の制限、生活保護法引き締め、国立病院の地方移譲など、次々と明らかになるなか、都患同盟は 1952 年 1 月、第 37 回委員会を開き、「入院料引上げに伴う給食改善」「国立病院・療養所の賄い費の引上げ」「患者負担による入院料の値上げ反対」「共同募金配分の取扱いの是正」「形式的完全看護反対」「生活保護基準の引上げ」「結核予防法の拡大」「生活保護基準額の引上げ」「作業療法の確立と東京アフターケア協会の運営」など、14 議題を取り上げている。

この時点の都患同盟は、36 分科会、7,000 名の組織に拡大していた。しかし、再軍備強化の陰で、1952 年度の都の予算は保健衛生費を前年の 18 億円から 14 億円に削り、逆に警察費 70 億円を 74 億円に増加させた。政府による弾圧法（7 月に破壊活動防止法が成立）の立法化に反対する労働者の闘いは日増しに高まりをみせ、自由と権利を守る闘いには、労働者だけでなく、学生、新聞協会、日本ペンクラブ、弁護士会、文化人、大学教授などもこぞって参加し、5 月 1 日のメーデーは、皇居前の「血のメーデー事件」となって歴史に名を残している。この頃、「残飯戦争」と呼ばれる患者運動が全国を賑わしていた。

この運動は、国立系の病院、療養所で起きたもので、「残飯は患者会のものだ」という、当然すぎるほどの要求で、この運動が実って、国立中野病院患者自治会（年額 9 万円）、国立宮城療養所宮友会（年額 10 万 2 千円）、国立兵庫療養所患者自治会（年額 9 万円）など、全国の自治会で貴重な成果を勝ち取ったとされる。

その後、この運動は公私立系病院にも波及し、残飯代確保、文化費、自治会助成金確保の運動として受け継がれていくことになったとされている。

しかし、一方で、厚生省が 1954 年に打ち出す「入退所（院）規準」の動きが始まっていた。付添看護の制限や生活保護の引き締めに続く、療養所の外出規制、自治会活動への介入、強制退所などを内容とするものである。排菌が止まって 3 カ月たったなら微熱があっても帰る家がなくとも退院させるという「入退所（院）規準」は、結核医療費の削減の一環としてとられた措置であったが、これが、都患同盟・日患同盟による、患者運動最大の苛烈なる闘いを呼ぶことになった。

政府は、全国に先がけ、東京都に対して生活保護患者を病状で制限する「入退所（院）規準」を、医療扶助審議会の新設と付添看護の制限とともに押しつけたとされ、それを受け東京都は、医療券を出すかどうかを決める医療扶助審議会を、全都患者の反対を押し切って成立させ、厚生省の後押しで具体的な内容を作成した。この「入退所（院）規準」の全文は、1954 年 4 月 21 日の都庁陳情の中で、善意の一事務官の手によって明らかにされたとのことである。

それは、平熱で培養菌が 3 カ月出なければ退院させる、菌が培養で少し出るくらいでは入院させない、処置なしで入院 2 年以上たった者は重症であっても退院させる、入院させても良くなる見込みのない者は入院させないという、事実上、結核患者の大半を社会に放り出すものであったとされている。厚生省の生活保護引き締めは、またたくまに全国に波及し、各地で結核患者を対象とした福祉事務所による病状検査が行われ、一部では実質的

な保護打ち切りが始まったとされている。

神奈川のケースでは、保健課の医官が医療施設に乗り込み、百数十人のカルテとレントゲン写真をひっくり返し、その場で数十名の患者に保護打ち切りを言い渡した。保護を打ち切られた患者の中には、ガフキー4号で寝たきりの重症患者や両肺空洞の膿胸ガフキー5号の患者も含まれていた。一度に136名もの保護打ち切りが行われた岡山療養所療和会では、「どうせ追い出されて死ぬのなら死ぬまで反対しよう」と、患者、看護婦、付添婦がこぞって立ち上がり、岡山県庁にバスを連れ、500名からなる陳情団を送っている。「絶対に撤廃できない」という県当局の前に、陳情団は廊下に座り込みを開始した。そして、逃げるように通りかかった民生部長に対し、陳情団数名が裸になり、「皮一枚で下で心臓が脈打っている苦しみがお前たちにわかるか！」と痩せ細った身体を震わせ、決死の訴えに、女子患者のなかからすすり泣きが漏れたという。

しかし、膠着状態は長く続き、「ハンストを執行しろ！」と、耐えかねた陳情団の声が岡山県庁の廊下ににぶく響き渡り、患者たちの不退転の決意が県当局を揺さぶったとのことである。結核患者による命がけの陳情は、入退所（院）規準「無期延期」の覚書に県当局が署名し、岡山の勝利は全国の患者同盟を激励したとのことである。続いて、国立愛媛療養所療友会が、300名にのぼる陳情団を愛媛県庁に送り、「入退所（院）規準は中止」という知事の言明を勝ち取ったとのことである。

こうして、岡山、愛媛をはじめとして、入退所（院）規準に反対する患者運動は、大阪、青森、秋田、宮城、群馬、栃木、新潟、愛知、京都、滋賀、奈良、徳島、高知、広島、福岡、熊本、鹿児島などに広がっていった。

東京では、7月27日、都患・日患運動史上最大の陳情が幕を開けた。炎天下の焼けつくような太陽のもと、都庁には、大きな麦わら帽子をかぶり、手に座り込みのためのムシロや新聞を持った患者陳情団が続々と降り立った。その数2,000名とされている。陳情団を乗せたバスは43台におよび、電車などで参加した全看労や全医労、総評など支援労組の組合員も次々と参加し、その数は1,000名を超え、患者陳情団と合わせ3,000名であったとされている。

座り込み態勢に入った陳情団は、都知事との誠実な話し合いではなく、武装警官による威嚇がなされ、交渉が過熱するなか、陳情団の国立村山療養所むらやま会の結核患者であった米津敏代さん33歳女性が死亡した悲劇も起きている²³⁾。

入退所（院）規準反対の闘いは、1956年から1957年の健保改悪反対・付添制度廃止反対の闘いへと引き継がれたとされている。また、同年、入退所（院）規準反対闘争でともに闘った岡山県患者同盟の朝日茂が、憲法第25条に照らし、国・政府を相手どり、生活保護基準の低さを問題として東京地裁に提訴した朝日訴訟は、忘れざるを得ない結核の歴史的事実である。

2. 朝日茂と患者運動

朝日茂の生い立ちは、死後に発刊された手記『人間裁判』（1964年草土文化）、『夜明けを拓く』（1987年草土文化）に記されている。朝日は、1913年に岡山県津山で第4子として誕生し、この地で育ったとのことである。しかし、15歳に達するまでの間に父、姉、長兄が亡くなり、暮らしが楽でなかったため、働きながら大学に進学する道を考えてそうであ

る。1933年に岡山県立津山商業高校を卒業し、東京の日満倉庫株式会社に就職し、勤務のかたわら中央大学専門部商学科の夜間部に入学した。大学卒業後、大連駐在員として働いていた1936年に喀血したため、故郷の岡山に戻り、7カ月の療養を経て川崎埠頭事務所に復職した。しかし、復職して3年になろうという時期に喀血し再び療養生活となり、回復の兆しが見られなかったため、約1年後に日満倉庫株式会社を退職し、1942年4月に入院料が安い日本医療団早島光風園に転院した。当初は退職金を医療費にあてていたが、それが尽きてからは施療患者となり、敗戦を迎えることとなった。

1948年5月に、日患の岡山支部が結成され、朝日は副委員長となり、1949年2月には日患同盟中央委員会に選出され、中央委員会への出席には痰コップをさげて参加している。

日患が結成されてから最大規模の活動となったのは、1954年に行われた入退所基準反対闘争であった。朝日も1954年6月23日に岡山県庁で行われた集団陳情に参加した。しかし、最終的に、入退所基準の撤回はできなかったが、この活動は結核問題に関する社会の関心を高めるきっかけになったとされている。

朝日の結核症状については、1955年9月に多量の喀血があり、安静度1度の重症患者となっている。安静度1度は、食事や排泄などの生活のあらゆる場面で人の手を借りなくてはならない状態のことである。朝日は国立岡山療養所の元患者であった女性に付添婦となってもらい療養を続けたが、生活保護費の削減を目的に1956年3月、付添制度は廃止されてしまった。これは朝日訴訟が始まる前年のことである。

この朝日訴訟とは、長期入院患者に対する生活保護の日用品費の額があまりに低すぎることで、憲法25条や生活保護法の定め反するとして、重症の結核患者である朝日が厚生大臣を相手に起こした行政訴訟である²⁴⁾。

ここで、朝日訴訟の経過と動機についてみていくこととする。

日本の、社会保障運動の夜明けを切り拓いたともいわれる朝日訴訟は、1957年8月、朝日の提訴によって開始されたものである。訴訟に至るまでの法的な経過を含めると、すでに1956年8月、岡山県知事に対しておこなった不服申立によって始まっている。

朝日が療養していた1956年当時は、生活保護で入院した場合、患者に支給される日用品費は、一か月、わずか600円であった。この600円の中には、シャツ、パンツなどの衣類から、タオル、足袋、下駄、草履、縫針、湯呑などの身の回り品、理髪料、石鹸、歯磨き粉、体温計、洗濯代、チリ紙などの保健衛生費、葉書、切手、封筒、新聞、鉛筆などの雑費まですべてが含まれていた。

下着だけを取り上げても、シャツは2年に1着であり、パンツは1年に1枚、タオルは1年に2本という内訳である。普通の生活をしていれば、シャツが2年に1着で間に合うはずがない。まして患者の場合、一日中身につけていなければならない絶対必需品であり、特に発熱時や夏季などは、ひんぱんに着替えなければ不衛生であり病気にも悪い。その他の費目についても、非現実的な組まれ方で、明らかに600円という額を先に決め、その枠内に各費目を振り当てたものであったとされている。

したがって、病院給食が悪く、捕食するために栄養をとろうと思って卵か牛乳でも買おうものなら、それだけでも600円は底をつき、日用品を賄うどころではなくなる。結局、どちらかを切りつめなければならない。朝日も、そうした療養生活を強いられた一生活保護患者であった。

このころの日本情勢は、アメリカが起こした朝鮮への侵略戦争が敗北し、いままで軍需景気で潤っていた日本経済が悪化した結果、社会保障の中でも生活保護に対する引締めが行われていたのである。本人はもちろん扶養者がいれば徹底した調査を行い、わずかの収入があっても負担を強要する、という福祉行政が行われていた。

朝日が訴訟を起こそうと決意した出来事は、津山市の福祉事務所の社会福祉主事がとった行動であったとされる。朝日の場合も、離れ離れになっていた兄を福祉事務所が見つけたし、外地から引き揚げてきたばかりで生活の貧しい兄に、月 1,500 円の仕送りを命じたのである。しかし、生活保護法で受給している人たちの生活は、基準額で規定されていて、それ以上の生活はたとえ 1 円でも認められなかった。朝日も例外ではなかった。送金された 1,500 円は 600 円を残し、医療費の一部負担として 900 円を国が取り上げたので、朝日の生活は、実兄から送金される以前の状態と同じである。

そこで朝日は、この行政の措置、そしてその根底にある基準の低さは、「憲法 25 条の理念に反し、国は憲法を守ろうとしていないからだ」と判断し、「生活保護で入院している患者には、生きていくため、ぎりぎりあと 400 円は必要だ。せめて日用品費は 1,000 円にしてほしい」と要求して、訴訟を決意したとされる。

訴訟に至るまでには、生活保護法第 64 条にもとづいて岡山県知事に不服申立をおこなない、それが却下されたので厚生大臣にも不服申立をおこなった。しかし、それも却下されたため、最後のよりどころとして、1957 年 8 月、生活保護法第 69 条にもとづいて、国・政府を相手どって行政訴訟を起こしたのであった。

第一審判決は、戦前戦後を通じて、日本の社会保障関係訴訟で、憲法第 25 条に関連して勝訴を得た初めての判決であった。また、判決文の随所に出てくる“患者”“医療”の文字が示すように、憲法第 25 条を基礎においた医療にかかわる判例としても、わが国最初のものであったとされている²⁵⁾。

朝日訴訟はある日突然始められたものではなく、朝日自身もかかわっていた療養所内における自治会活動や、日患が戦後まもない時期から行っていた医療と生活の権利を求める運動が起点にあった。まさに朝日訴訟は、前史とも言える患者運動から始まり、訴訟という形で大衆が直接的に社会保障の歴史過程に参入し、その有り様を大きく変えた出来事であった。朝日訴訟が始まったのは「国民皆保険・皆年金」制度が成立する前の時代であったことから、ほとんど社会保障制度が整備されていない時代から、朝日をはじめとする結核患者たちが最も憲法および社会保障の理念を理解し、その実現に向けて率先して取り組んだという歴史的事実を、私たちは記憶にとどめておく必要がある²⁶⁾。

その他にも、朝日訴訟が、もはや患者、生活保護受給者だけの問題ではなく、社会保障の給付や最低賃金制との関係だけでもなく、人間が人間らしく生きる権利の問題、つまり基本的人権の問題として広く国民の間に理解され始めることによって、支援の質が変わってきたとされる。

1960 年 6 月から 12 月まで、つまり、第一審判決前後の代表的な社会保障運動は、1960 年から高まってきた小児マヒから子供を守る母親や、新日本医師協会等の闘いが全国的に繰り広げられ、ソ連からワクチンの輸入という画期的な成果をあげたり、また看護婦さんたちが「いい医療をおこなうには、それができる労働条件を」、と要求して立ち上がった病院ストも全国的に燃え広がったとのことである。

朝日訴訟による影響は、看護婦の充足問題など労働条件の改善にも影響をもたらしたのである²⁷⁾。



資料 6-1 写真 1 病床の朝日茂氏

東京都患者同盟中央執行委員会編(1996)都患同盟－風雪 50年の歩み－, 東京都都患同盟, 100.



資料 6-2 1946年10月の都患同盟結成後、1952年に快復者の好意で貸与された土地（清瀬村野塩）に建てられたバラック建の新事務局

東京都患者同盟中央執行委員会編(1996)都患同盟－風雪 50年の歩み－, 東京都都患同盟, 88.



資料 6-3 1954年7月27日～29日に都議会内に座り込んだ3,000人の陳情団の様子。

写真左のプラカードには「予算の切れ目が命の切れ目」と書かれている。

東京都患者同盟中央執行委員会編(1996)都患同盟－風雪50年の歩み－, 東京都都患同盟, 92.

第3節 結核治療

肺結核の治療の基本は大気・安静・栄養とされていたが、療養期間が長期におよぶ場合には実行されにくいものであった。しかし、一方では、結核が治る病気でなく、“不治の病”と考えられていた戦前までは、結核患者は効果があると言われた民間療法に飛びついていった。この民間療法は医学者の関与もありながら、患者の心情を揺れ動かしていた。このことは、次の記述からも当時の民間療法の実態を知ることができる。

民間療法は、「もともと根拠のはっきりしていない薬・療法ばかりであるから、めまぐるしく出現→消失を繰り返さざるをえない必然性をもっていた。そのたびに結核患者は一喜一憂せざるをえなかった。それに、“結核に効く”新しい薬・療法には、医学者の名誉、業者の利益などがからんでいたために、一つのあいまいな薬・療法が出現してから消失するまでの間には、病人は経済的負担をこうむるばかりでなく、その療法のためにかえって病状を悪化させることが少なくなかった」²⁸⁾、「さらに困ったことには、これらの療法が一部の野心的医師や金儲け目当ての業者によって提起されるものばかりではなく、医学者・医師の世界で医学的良心を背景として本気で問題にされるものも少なくなかったことである。」²⁹⁾

さらに、もう少し民間療法の実態をみると、現在では思いもつかないことがなされていた。

時代は遡るが、昭和初期の調査結果と当時の結核患者の様子については、1927年4月、5月の自然療養社の会員調査でもその種類は総数210余に及んでいたとされている。お札の煎用のようなものを除くと、動物の生血、黒焼、植物の煎用が大部分を占めている³⁰⁾。

また、「民間療法の中には“熊の肝”“獺の肝”などや、時には“人間の生き胆”と称せられるものが、秘密裏に高価かつ作為的に取引されていたこともある。これらに対する病人の姿勢は常識的には明らかに奇怪と思われるものにまで、ワラをもつかむような心境ですがっていたと思われる節が多い」とされている。また、「結核のために自殺しようと石油を飲んだら結核がなおったという体験が婦人雑誌にのってから、結核治療のための石油飲用が流行したことがある」とのことである³¹⁾。医療効果のなかった療法であっても、医師によるものは病人の経済的負担が大きく、特に、戦前の医療保障の不備であった時代には、手が届くはずもない。したがって、医師から処方を受けられる者は、一部の生活にゆとりのある階層に限られていた。悪質な民間療法は、庶民の手に届くものであったことから、誰もが試みることができたこと、また、同時に、それだけ結核が人々から恐れられ、死の恐怖を与えていたということである。

しかし、悪質な数々の民間療法がそのまま放置されていたかということ、そうではない。不治の病に直面した患者の心境につけ込んだ民間療法に対し、患者運動が発生している。これには、田辺一雄という結核患者が設立した自然療養社による運動が知られている。自然療養社は機関誌『療養生活』を月刊誌として発刊し、現在、東京都清瀬市松山にある結核予防会結核研究所内の結核研究所図書室が所蔵している。その内容は多彩で、結核患者に関係する人々の情報のやり取りや、耐え難い療養生活の心情を表現してある俳句などが見られる。中には、詐欺的な民間療法の売薬、迷信、新薬などの厳しい批判や、結核医療の告発についても掲載しており、自然療養社の活動は、戦後にみられた医療告発運動の先駆けとなったとされている。

田辺一雄の紹介と自然療養社の設立に至った過程については、次のように説明されている。

瞞着的（欺瞞的）肺病治療法の横行を前にして、結核患者の中から自主的な医療（患者）運動が発生してきた。田辺一雄（明治二四～昭和四〇）は早大理工科出身の技師だが、大正八（一九一九）年に発病し、当時、肺結核治療のバイブルとされた原栄の『肺病予防療養教則』（初版大正元年、昭和二二までに六一版）と、みずからの体験をもとにイギリス式療養法とトルドー紹介、治療のための啓蒙を行った茂野吉之助の意見を読み、その方針に従って療養して治癒した。これに感激し同じ体験をもつ吉木三郎と、大正一二（一九二三）年に自然療養社を設立した。

自然療養社は「肺病を治すのに薬も機器もいらぬ」をスローガンに、民間療法の欺瞞性を暴露したり、医学会の権威によって発表されたものでも瞞着的なものには、積極的に論争を試みるなど、結核患者にひたすら大気・安静・栄養療法の重要性を強調した。その機関誌「療養生活」（月刊）は最盛期には（昭和一五年ごろ）六万部に達し、そのほかタブロイド版の「療養ニュース」は二〇万の購読者があった。

「療養生活」は戦中も廃刊されなかった。その影響の大きかったことがわかる。³²⁾

そのほか、「百余種にのぼるといふ売薬についても、それがどんな経路で売られるか、その際の新聞広告の役割についても言及している。この辺は戦後の医療運動の発想の先駆けとなっている」³³⁾とあり、自然療養社は売薬業者と新聞社との癒着に切り込んでいる。

以上の記述から、自然療養社の活動が、戦後の医療告発運動の源となったことを知ることができる。

次に、学会レベルで取り上げられた結核治療法についてみると、表 6-2 のとおり「日本における結核治療法の変遷」を一覧にしたものがある。これは、特別講演・宿題報告に選ばれたもので、その時代としての学問的権威の定着という面をもっているものとされていたそうであるが、「戦前で学会レベルで問題になった治療法も、抗結核剤の開発された現在からみると、戦中から戦後にかけて愛用された人工気胸を除くと、何となくあいまいなものばかりである」³⁴⁾と、結核治療法の展開をめぐる批評がなされている。

表 6-2 の内容から肺結核の外科療法は、1947 年から行われていたことが分かる。したがって、当然、外科療法を受けた患者の看護というものが必要とされたであろうが、それはいつから可能となったのだろうか。このことは、戦後の肺結核手術を受ける患者の看護についての看護婦への教育がどのようになされたのかをみていく必要がある。おそらく、肺外科療法が確立されるようになって、看護婦に患者の看護ができる教育がなされたのではないだろうか。

その前に、肺の外科療法が行われるようになった当時の外科治療の実態を知っておく必要がある。また、外科療法が安全に行われるようになり、その後、発展した背景についてもみておくこととする。

表 6-2 日本における結核治療法の変遷³⁵⁾

大正13年	レントゲン療法
15年	一般療法
昭和2年	サノクリジン療法
5年	人工気胸
8年	無塩食餌療法
9年	変調療法
12年	高原療法
13年	刺戟療法
17年	空洞吸引療法
22年	外科療法
25年	ストマイ療法
26年	肺切除
28年	肺区域切除
30年	化学療法

日本結核病学会の特別講演・宿題
報告より作製。

手術療法では、安全に開胸・開頭術が施行できるようになったのは戦後になってからであり、これを可能にしたのは、挿管麻酔、大量輸血、抗生物質の開発などの技術進歩であり、戦前と戦後では技術的に決定的な差異がある。手術療法の推移によると、すでに明治前～中期にはいろいろの手術が行われ、当時の近代病院で外科系の評判も高かった順天堂の1876年～1877年の二桁以上の手術患者の病名は、尿道狭窄・痔瘻・癩・乳癌・打撲であり、1887年～1897年代に入っても大きく変わらず、上位10位に入る疾病は、痔瘻・脱肛・痔核・陰囊水腫・包茎・尿瘻など陰部の疾患が多かった³⁶⁾。その後、麻酔法・出血対策・消毒法の改良と進歩に支えられて、手術範囲の拡大が図られていき、大正時代の虫垂炎の早期手術を経て、昭和初期から腹部外科の比重も高まってきたことが、大阪大学医学部外

科教室の手術統計から明らかにされている³⁷⁾。

しかし、麻酔から醒めないのではないかという不安が多かったが、戦後のアメリカからの挿管麻酔の導入・普及で安全性の向上により大幅に解消されたが、手術への不安は手術死を第一に挙げなくてはならなかった³⁸⁾。

このようなことから、開胸手術による結核治療に至るまでには多くの犠牲が払われたことが推察できる。

実際に川上の文献によると「学用患者」にならざるを得なかった患者が存在し、無料入院を許可し、制度化された後には文部省からも各医学校に学用患者費として交付金が支払われ学生の臨床実験用として扱われていたことが史資料から明らかにされている。日本では明治初年から施薬救療と慈恵医療がセットで運用されていたが、治療費が払えない貧困患者を施療・慈恵の名の下に医学研究や医学実習に利用してきたとされている。治療費が払えないために学用患者となった病人は、完全に医師の隷属下にあり、自分の意志・都合で退院しようと思っても、金縛りにあっているために自身の希望を達することができない悲惨な状況にあった³⁹⁾。

動物実験が確立されるまでは人体実験という多数の犠牲者のもとで、医療の発展がなされ、治療技術の進歩は1950年代に入ると人工呼吸器の開発にもみられた。1951年から「鉄の肺」⁴⁰⁾と呼ばれる陰圧式の人工呼吸器が用いられた。患者は体動ができず、ケアは小さな穴を通してう必要があった。鉄の肺は、1960年代に陽圧式人工呼吸器が開発されるまで用いられた。

陰圧式呼吸器は、その気密性を維持するために、看護婦には小さな穴を通して体位変換、食事介助、温湿布を行うことが求められた。動けない患者の生活を援助する難しさの上に、当時の電気供給の不安定さから繰り返し停電があるなど、看護婦には絶えざる緊張を強いるものだった⁴¹⁾。

このように医療技術の開発には、患者だけでなく看護婦の心身にも大きく影響した。

しかし、肺結核治療法の外科手術から化学療法への移行期には、非人道的なことが行われていた。それは、化学療法で明らかに治癒している肺結核患者の空洞について、その事実（空洞の治り方のメカニズム）をはっきり眼でみたいという医師の功名心のみで、もはや外科手術の必要のないのにあえて開胸手術を行い、肺の一部を切除した事件があげられる⁴²⁾。

もっと見れば、1951年以降の人体実験で、マスコミ・新聞に報道された事件は、1953年の東北大のクル病の実験、1955年の名古屋乳児院の特殊大腸菌生体実験、1957年の新潟大のツツガ虫病実験、1958年の神戸医大の乳児臨床実験、広島での癌移植の生体実験、南光院の新薬実験など病人の人権侵害事件は数少なくない⁴³⁾。

人体実験の対象となった人の予後は、概してよくないことの予測が付くものである。医学研究のめざましい進歩の一方では、人権を無視され、その目的も知らずに死に至る犠牲者があったことは見落としてはならないことである。

このように医学では臨床研究が活発に行われていた一方、看護ではどのような進展がみられていたのだろうか。

第4節 看護教育制度

1951年「保健婦助産婦看護婦法」改正から保健婦・助産婦教育を含めて新制度教育のすべてが本格的に実施されるようになった。その後、次に改正される1967年11月までの時期は、教育機関が多様化した時期である。

看護婦および准看護婦教育の多くは、1960年代半ばまで病院附属として開設された教育機関で行われ、その病院で看護活動ができる看護婦養成の傾向があった。教育指導体制は、学内の専任教員が担当する科目は「看護原理と実際」という現在の基礎看護学に関する科目を教授し、他の講義科目は病院の医師や看護婦に依頼し、病院実習は院内の看護責任者が中心となって指導していた。このようなことから、学内の専任教員は、授業の他にも学外講師への依頼や病院実習の調整など事務的な業務を担うことが多かった。

1952年は、看護系大学が誕生した年であり、その後は大学での看護教育において、質の高い看護婦、保健婦、助産婦、看護学教育者および研究者など指導者の育成が目指された。

なお、1951年～1961年までの看護教育制度の沿革は、資料6-4に示した通りである。

1951(昭26)	准看学校養成所(女子の高校進学率39.6%)	2年	保助看法改正(昭和26.4):講習終了者に無試験で免許を与える,甲・乙種の区別を廃して一本化し,知事免許・中卒2年以上の准看制度を設ける(昭26.11)千円看護婦第1回国試実施(保・助・看ともに第1回目)
1952(昭27)	高知女子大学家政学部衛生看護学科	4年	わが国初の4年制,国試年2回となる
1953(昭28)	東京大学医学部衛生看護学科	4年	1965(昭40)衛看廃止,保健学科へ
1954(昭29)	聖路加,日赤,それぞれ短大へ	3年	1964(昭39)聖路加看護大学へ
1956(昭31)			厚生省看護課廃止
1957(昭32)7.	進学課程開設	2年	准看護婦から看護婦への移行認める

資料6-4 杉森みどり,舟島なをみ(2012)付表2看護教育制度の沿革(近代看護教育の歴史と教育制度),看護教育学,医学書院,東京,423。(左から年月・教育機関名および資格など・修業年限・関連制度など)

1. 私立・公立・国立の大学教育の創設

1954年には、旧制の専門学校であった聖路加女子専門学校と日本赤十字女子専門学校が短期大学に改組された。また、公立で初めての短期大学となった京都市立看護短期大学がある。国立初は、その後10年以上を経て、1967年に大阪大学医療技術短期大学部看護科が短期大学として創設された。

看護の4年制大学の創設は、1952年に高知県立である高知女子大学家政学部看護学科が設置されたのが初めてである⁴⁴⁾。

1953年に、東京大学は医学部に衛生看護学科を発足した。その背景には、文部省の1大学1看護学校の方針がある。これにより、小石川分院と附属看護学校を廃止した。

そして、これに代わる看護婦と保健婦の大学教育を目的としたのである。看護学教員は、聖路加女子専門学校の主事、湯慎ます助教授が就任し基盤づくりをした。設置時には看護学に特化したものではなかったが、1965年に保健学科に変わり、看護婦および保健婦の教育は、看護学講座の単位を取得した学生のみとされた⁴⁵⁾。

第5節 結核患者の看護実践

この章の始まりとした1951年は、結核予防法の全面改正により、患者登録、医療費公費負担制度、のほかに保健婦による家庭訪問等が規定されており、結核看護に大きな役割を果たした駐在保健婦の活躍があったことを忘れてはならない。

1. 医師不足解消のための保健婦駐在制

1941年の保健婦規則を受けて、翌年には全国で県保健婦の市町村在住が開始された背景には、総戦力の深まりとともに地域における医師不足を解消するために、保健婦に地域の健康管理を担わせようとするものであった。敗戦により、いったんはこの制度は解消するが、高知県では全国で唯一1948年に県の単独事業として全市町村を対象にこの制度を継承した。「保健婦駐在制」とは、保健所保健婦（都道府県）が管内の市町村に分散して駐在し、日常的に住民の健康指導に当たる制度を指す。これは、アメリカ占領下の沖縄でも高知県と同じ指導者により1950年～同じ制度が採用された。1997年の地域保健法の全面実施の方針で駐在制が廃止されるまで、地域の実情に即した活動を展開し、高知県の一地域の実践が、全国に影響を与えたとされている⁴⁶⁾。

高知県の紹介では、治療法も駐在制度開始当時は化学療法の普及はしておらず、「大気・栄養・安静療法」で対処していた時期であったという。この状況下で駐在制を取り、地域住民に密着して活動し、「家庭訪問指導」、「健康診断と予防接種」、「隔離病室の無料貸与制度」などを行っていたとのことである⁴⁷⁾。

家庭訪問指導では、患者の身近なところで果たした役割が大きかったことは、結核患者が死ぬ直前に保健婦の名前をうわごとで呼んでいた、というインタビュー調査からも裏打ちしていると分析されている。

以下の保健婦経験者へのインタビュー調査から、結核患者は地域だけでなく家族からも偏見を受けていたことや、やがて社会復帰のための職業訓練も始められたことが記されている。文末にインタビューに回答した保健婦の氏名が記されている⁴⁸⁾(資料6-5)。

家庭訪問と並行して集団検診と予防接種も進められた。集団検診において、1957年に結核検診受診率が全国1位であった高知県では、中村保健所長が健診率の向上に熱心で、自ら軽トラックに乗り、地区じゅうを巡回して拡声器で結核検診を訴えていたとのことである。1961年、結核予防法が一部改正され、命令入所が強化され、保健婦も命令入所の説得に当たった。それはよいことではあるが、一方では、それによって家計を支える世帯主の入所によって家庭が崩壊することがあってはならないという配慮が、保健婦には必要とされた。ケースによっては、保健婦独自の判断で入院するまでの猶予を認めることもあったとされている。駐在制は、地域住民に密着して活動するので、柔軟な判断を求められることもあった⁴⁹⁾。

隔離病室の無料貸与制度による部屋は、次の記述から非常に狭小であったことがわかる。「1957年高知県では住宅が狭く、自宅隔離できない感染性結核患者に木造組立式の結核隔離療養室の無料貸与制度を始める。この年の貸与は二〇戸で、一、一一坪の内部はベニヤ板張り、ベッドと畳を備え付け、屋根はトタン張りであった。ただし、近所の外見を気にしてか、家族の理解を得るのも困難だった」とある⁵⁰⁾。

資料 6-5

家族感染が多いけんねえ。家が密集しちよる地区はねえ。掃除したち、開け広げずにするでしょう。〇〇地区なんかは多かつたんよ。「米花さん、あこ行ったら殺されるぜ」言われてね。なせ言うたら「うちにゃそんながないです」いうむずかしい家だね。そこは年寄夫婦がおつたこやつたの。初めは「うちの子がそんな病気になるわけはない」言うて。けんど一人結核でその家は死んだけんね。みんなが私が帰るまで、怒られちゅう思うて心配して待ちゆう。私はよう話して説得したら、あつちもそんなことはないがけん。納得してくれて。やっぱり、人間対人間やけんね。米花綾子

結核もたくさんいましたからねえ。ある地域の結核の患者さんを訪問したの。山のてっぺんに掘立小屋を建てて、そこで寝てる人もおりましたねえ。

それで、入っていったら、まだ三五、六の青年でしたけどね。「保健婦さんが初めて家のなかへ入ってくれました」と言っただです。びっくりしてね。「お父さんもお母さんもうしたの？」と聞くと、「窓の外から覗いて。うつるいうて」。それで、入ったことはないって言うんです。「はんはどうしよる？」言うたら、「窓のところが台へ置いて帰る」言うて。ほんと、泣いて喜ばれましたけどね。

それからすぐにお正月になって、年賀状を下しましたね。手紙をくれたということが嬉しくて。早く会いたいと思つて。お正月が明けてからすぐに行つたんです。そしたら小屋は跡形も無くて。亡くなつてね。小屋を全部燃やしてしまったの。昔は「結核で死ぬる時に菌が三尺這う」言うてね。それで近寄らんとか言うてね。「まだ息しゆうろう、まだ息しゆうろう」言いながら亡くなつたそうです。それは近所の人の話ですけれどもねえ。もう、なんか、ほんとにショックでした、その時はねえ。植田信子

私がスツと人から噂聞いて行く時は、末期の患者だけみたいなんでした。初めの頃は検診もあんまりやつてなかつたしねえ。

その人は恵まれた方で、裕福な家庭であつたから、部屋におりましたね。それで奥さんが看護してましたけど、ストマイ(特效薬)ができたとき、一本が高かつたですね。何千円もしたかやない？ それも、一本か二本。そういうような家庭だつたから。私も行つて時々、喀痰検査とか消毒のことなんかも話して。菌は話すときなんかいうつることも話して。その

人の死ぬるまえにね、「あら保健婦さん、いま電話しよう思いよつた」言うて、言われたんですね。どうしたいうたら、「うわことにあなたの名前を呼びよがよ」言うて、家族の人が言われて。それから私が行つて一時間もせんうちになくなつたんですがね。そしてわたしが事務所に帰つたら「亡くなつた」言うて通知が入つてましたからね。まだその人も若かつたがよ。二〇代か三〇前半やつたと思いますかね。

最初はストマイを使った化学療法はなかつたね。「大気・安静・栄養」療法。これがもう、結核の治療いうて、決まり言葉やつたもんねえ。ストマイ、ヒドラ、パス、あんなもん使い出したのは、だいぶ後です。上田梅子

一人、結核患者がおつて。まだだいぶ若かつたぜ。行つたときに、もう、これぐらいの部屋に布団を敷いて寝たきりでね。それこそ新聞を部屋にバラツバラにして置いてね。私、もうびっくりしたが。不潔なことに。こんなところがあるろうか、と思つような感じを受けた。それをもう本人は自分が悪いけん思うてよね、自覚症状があつたにかーらんね(違くないね)、治療することを拒んで。それで何回も行つて、説得して説得して。その人のおばさんになる人がおつてね。その人がうんと協力的な人でね。一緒に説得してくれて。やつと検診を、医療機関でもらうた。けんど、案外軽かつたわけよ。それで頑張って治療して。

それから、高知の仁井田の池(地名)に国立療養所、今でもあるぜ。そのなかに、職業の訓練受けらすのがあつたけん。結核の人専門の社会復帰のためのね。

若いし、それを勧めてね。その人はそこへ入つてね。そこでその人は時計の技術を覚えたがよ。それで、結核も治つて県外に行つてね。ほんで、「立派にやりようけん。保健婦さん、よかつた」いうて、おばさんになる人から聞いたことでしたよ。

当時は、治療の体制にこんなところがあるとか、どんなに補助してくれるところがあるとか、そういうことを知らん人が多かつたわね。昔は情報がなかつたから。やっぱり、結核らで、家で寝たきりの状態で、知識がないからねえ、そのころは、で、治療らも、きちつとしたどんな治療をしたらええかということを、若い人でも、わからん人が多かつたがやないろかねえ。保健婦がそこで役割果たしたがやないろかねえ。福島佐津代

以下、長文の引用になるが、保健婦経験者のインタビューである。結核患者が置かれた生活状況がいかに悲惨であつたかを理解できる⁵¹⁾(資料 6-6)。この聞き書きから、衛生状態が劣悪で母親からも勘当され、孤独に死を迎えるしかなく、病人としての扱いは少しも

感じられない。

資料 6-6 保健婦経験者のインタビュー内容

その方は、おいくつだったかな。よその地域におられて、あるときその方が突然帰ったという話があつてね。病氣らしい。お宮さんに寝起きしてみたいな噂が流れて。どうも結核じゃないろうか、みたいな話が耳に入つて。やっぱり訪ねて行ってみないかんと、結局人を連れて行くわけにはいかないから。それで一人で行つたです。お宮へ、お宮の本堂じゃなくて、ちよつと横のね。お宮へ行ってねえ。〇〇さんって言うたら、なんか寝具らしきものも持ってなかつた。薬みたいなんじゃなかつたかしら。薬を敷いたみたいにして。お布団ではないも

のをちよつと掛けたみたいになかたちで。そこではどうすることもできないから、その人の状態を見て帰つただけでしたけれども。

その人にはお母さんのおいでだけれども、勘当したみたいだね。言うても知らんみたいだね。全然請け合つていただけなくて。それであの当時、結核で排菌してような人は、隔離小屋みたいなものを建てていただけなんです。結核で間違いないというので、補助をいただいて。ちよつとそれを申請して、建てていただくようになって、ちよつと川原に建ててもらつたんです。

そこに移つてから、お母さんに、「こうこうしたから、ご飯だけは作つて持つていってもらえんろか」、「保健婦さんがそこまでしてくれただから、それくらいはせにやいくまい」ということになって。お母さんがご飯は持つていってください。

そうしても、状態がよくなることはないのですよねえ。かなり衰弱してねえ。しまいにトイレにもよう行かなくなつてね。そのあたりにトイレをしてるんです。寝てるるところへ。そこに虫が這いよるわけですよ。もう困つて。本人を一度川原に出して、着てるものなんか川原で洗つて。そして小屋のなかに水をかけて流して。一日干して。そんなにしてあげたりとか。あの当時は保健婦はなんでも屋で。そう

すると地域の方から、そういう伝染病の人を、自分らの川のとこに連れてきたいという苦情が入つたりしてね。

結果的にはその方、亡くなりましたけどねえ。当時はまだ特效薬が手に入りづらい時代で、大気・栄養・安静が主でしたからねえ。増本寿女子

結核は外気小屋建ててね。昭和三〇年代の初めころやね。県がお金出してね、患者を隔離するために、別の家を。自分が建てるがやない、自分では建てれんけん、県が。家族と排菌しよる患者とを別にするためにね。家族感染するから。どうしてどうして、立派なものもあるか。小屋よ。清水の街でも建てたけん。屋敷の敷地のなかに、母屋とは別に小屋を建てて、そこで住まわしたがやね。土地のある人はちよつと離れたところに建てたかもわからんけどねえ。

外気小屋建てる時、なかなか、その人が言うこと聞いてくれんね、もうぎつちりくじくられてね。とと不平を言われた。県からも、うんと弁のええ人が来て、説得して。それで、やつと。わざわざ説得するだけのために県から人が来たわけじゃない。県の予算で建てるので、県の人が事務的な仕事をするのが本来の目的で出張してやつてきたのだったけど、その人がうんと弁の立つ人で、嫌がる住民をうまく説得してくれることもあつたということ。福島佐津代

この章の始まりとした1951年は、GHQによる占領の終結となった年である。戦局の悪化とともに全国の保健婦活動は壊滅したが、戦後、GHQの公衆衛生福祉局が改革し、1937年の旧法を廃止改正し、1947年に保健所法が公布されたのであった。これにより、保健婦活動が再開された経緯がある。

しかし、1951年占領の終結を境に全国で衛生行政の縮小が行われ、保健婦の数も激減した。この背景にあるのは、敗戦前後の町村の財政悪化から、国保組合が次々と廃止され、国保保健婦が激減したのである。1948年には国保保健婦による給与遅配を訴える集会が開かれるほど、国保財政は逼迫していたのであった。1952年8月、地方自治法改正によって衛生部の必置条件はなくなり、保健所運営費は削減され、保健所医すら置けず、保健婦の充足率も満たせない保健所が全国で増大した。1955年度の全国保健所職員は前年より6,000人減り、1956年度には14県で衛生部が他の部署に統合された。この現象は当時全国的に問題とされ、「公衆衛生の黄昏」という言葉で関係者のあいだで取り上げられ、当時の衛生行政の縮小を指す熟語として定着している⁵²⁾。

結核看護史の各時期における患者への看護実践についてみていくために、看護婦の業務である「結核患者の療養上の世話」、「結核患者の診療の補助」についてみていく。

病院の設備で画期的なことは、インターホン式のナースコールが1960年代から導入されたことである。それまでは電気式のナースコールが1950年代から導入され、ボタンを押すと廊下に電気がつくものであった。看護婦を呼ぶナースコールの発明者は、ナイチンゲールで、呼び鈴に鈴をつけただけのものであった。

2. 1951年～1961年までの「結核」および「看護」に関する論文にみる結核看護の実際

1950年代に入り看護婦養成教育は、大学教育の創設などの躍進がみられ、これまで数少なかった結核看護に関する論文数も増加している。

文献検索サイトは、年代の古い医療と看護の文献が多数収載してある国内発行の医歯薬看護系文献の医学中央雑誌Webのデータベースを利用し、2021年3月1日～3月2日に検索した。検索キーワードを「結核」で検索して得られた文献数は145,754件、and「看護」で3,697件であった。さらに絞り込み条件で収載誌発行年を「1951年～1961年」and「原著論文」とし、142件の論文がみられた。

この142件の論文について、テーマごとに分類した結果、「結核政策」「結核医療」「看護婦教育」「主体が患者」「主体が家族」「主体が看護婦」「看護婦以外の医療従事者」の7項目がみられ、「結核看護史」の論文は見られなかった。各項目の文献数は図6-1の通りである。なお、142件の論文一覧表は、巻末資料4に示した。

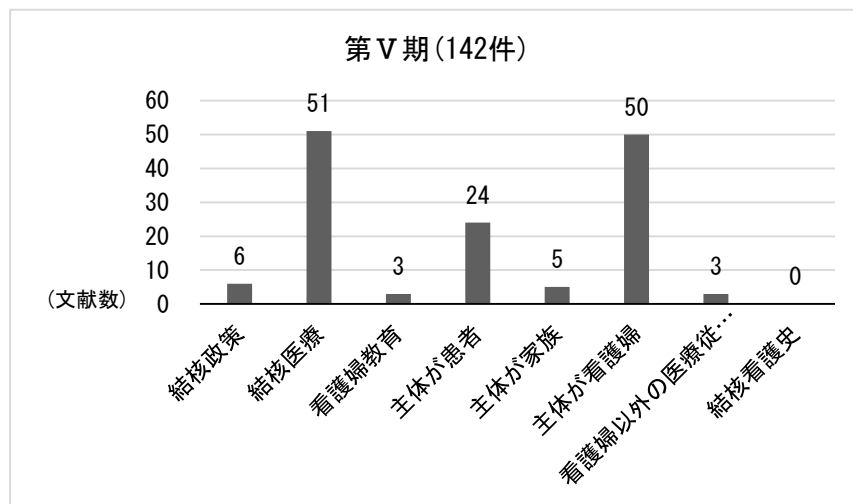


図 6-1 1951年～1961年結核看護史第V期の結核看護に関する文献数

看護師の業務である「結核患者の療養上の世話」および「結核患者の診療の補助」についてみていくために、「主体が看護婦」に関する 50 件の論文をテーマごとに分類した。

テーマ分類と論文数は次の通りである。

【結核看護の概念に関すること】11件⁵³⁾⁻⁶³⁾、【結核患者心理と看護に関すること】8件⁶⁴⁾⁻⁷¹⁾、【外科療法の看護に関すること】6件⁷²⁾⁻⁷⁷⁾、【看護管理に関すること】15件⁷⁸⁾⁻⁹²⁾、【精神疾患患者の看護に関すること】2件⁹³⁾⁻⁹⁴⁾、【結核の合併疾患および症状の看護に関すること】4件⁹⁵⁾⁻⁹⁸⁾、【家庭訪問に関すること】4件⁹⁹⁾⁻¹⁰²⁾。

これらのテーマ分類には、医療の進歩とともに外科療法を受ける患者の看護のほか、結核看護のあり方や、結核患者の心理面に関する論文がみられる。

1955年の文献には、これまでの論文ではみられなかった結核看護の目的が示されている。これにより結核看護に求められる内容が認識される機会となり、その後の結核看護の質を高める基盤の1つとなったものとする。

「結核看護の目的」には、次の6つの内容が挙げられている⁶¹⁾。

1. 非結核患者及び健康者の予防のための正しい伝染病看護技術の展開。
2. 結核の予防と撲滅のための基礎的事項についての看護婦教育。
3. どの優秀な一般病院に比しても劣らぬ看護の熟練。
4. 個人衛生及び予防法に関する患者教育並びに他人に感染させぬための責任感の養成。
5. 退院後の福利に関する患者並びに家族の教育。
6. 半外来及び外来患者の活動及び休息期間の監視等。

これらの結核看護の目的には、看護実践に必要とされる知識、看護技術、看護婦教育の視点が示され、結核患者の療養上の世話の面では、二次感染の予防に重点が置かれていた。

次に、1950年代の記述内容から「結核患者の療養上の世話」、および「結核患者の診療の補助」について、それぞれ内容ごとに整理した。

1) 結核患者の療養上の世話

① 隔離⁷⁸⁾

- ・面会は日時を定め週2~3回、1日2時間程度とする⁷⁸⁾。
- ・歩ける患者の歩行区域を定め、例え歩けても病室外、あるいは病棟外に出ることを禁止する。したがって結核病棟管理者は、生活必需品の購入など、患者の不自由さに対して解決を図ることに努め、外部に結核菌を持ち出さないように患者の協力を得る⁷⁸⁾。

② 病室の環境整備⁵³⁾⁵⁷⁾⁵⁹⁾⁶¹⁾

- ・「環境整備」は、①室内の清潔、②換気、③ベッド整備の必要性が挙げられる⁵³⁾。
- ・室内の清潔は、患者が快く静臥できるという点において看護婦の責任である⁵³⁾。
- ・清掃された病室、整頓されている床頭に一輪の花でも添えてあったら患者の慰めになること、清潔で温かい雰囲気をかもし出すこと、ここに看護の意義があるとされている⁵³⁾。
- ・病棟の換気は看護婦の責任である⁶¹⁾。
- ・空気は常に新鮮に保つべきである⁶¹⁾。

- ・換気は、冷たい戸外の空気が結核に必要だということは過去の事であると指摘し、丁度良い冷たさの新鮮な空気の流通があり、隙間風のないことがよく、看護婦の細かい注意が必要であるとしている⁵³⁾⁵⁷⁾⁶¹⁾。
- ・病棟の温度は十分暖かで、日中は薄暗い寝具で気持ちよく過ごせる程度がよい⁵⁷⁾⁶¹⁾。

③ ガウンの使用⁵³⁾⁵⁹⁾⁶¹⁾⁸⁴⁾

- ・清潔なガウンを着用し、非結核患者、喀痰が出ない患者、結核菌陰性患者、最後に結核菌陽性患者のケアを行う。特に患者と緊密な接触を要する処置や看護に当たる場合にはその都度清潔なガウンを着け、各処置が終了した時点で脱ぐ⁶¹⁾。

国立中野療養所では看護を行う以前の問題として、ガウンテクニックが十分できていないことの指摘がなされている⁵³⁾。ガウンとは、看護衣の上に着用する予防着のことであるが、看護衣の汚染防止のために着用しているという認識で、いわゆるエプロンとして捉えているとのことである。また、清潔区域と汚染区域の区別やガウンの着脱の手順さえできていないことが問題とされている。

④ 看護婦および医療者の手洗い⁶¹⁾

- ・手は石鹸と流水で1分間、患者ごとに洗う。
- ・食事の前や病院退出後に手洗いを行う。
- ・患者が同じドアを使う半外来または外来区域において重要である。
- ・ドアの開閉は紙を使い手の汚染を防ぐ。

⑤ マスクの取扱い⁶¹⁾

- ・マスクは結核患者を扱う医師や看護婦にとって重要な防御法である。看護婦と医師の結核罹患は予想以上に多く、患者と緊密に接触する場合はすべてマスクを用いることが大切である。
- ・重症患者、非協力的患者、不注意な患者に接触する場合には、マスクを必ずつけるべきである。
- ・病室に清潔なマスクの容器を置く場合には、必ずカバーをする必要がある。結核菌が水滴に混じって浮遊しているためである。
- ・清潔な手で清潔なマスクをつけ、マスクを取り除く用意ができるまで触れてはならない。患者の世話が済んだら手を洗い、マスクの紐をほどき、紐を持って所要の袋に落として入れる。マスクを除く際にもマスクの主要部には触れてはならず、もし触れたら必ず後で手を洗う。いかなる場合にもマスクを顔から離して首にかけたりすることは許されない。
- ・マスクは清潔なものでも不潔なものでもユニフォームのポケットなどに入れて持ち回ったりしてはならない。
- ・患者に水のコップを渡す場合、窓の調整程度の偶発的事態に対してはマスク着用の必要ない。
- ・菌陽性の患者が陰性者と同室する際、陰性者が陽性者のベッドのそばへ訪れたら、陽性者はマスクをつけるべきである。

- ・マスクは使用と使用の間で消毒する。50 分間煮沸か高圧蒸気で滅菌する。
- ・病衣やシーツなどの洗濯物を取り扱う場合は、消毒が済むまでマスクを着用する。

⑥ 喀痰の処理および痰コップの処理⁵⁹⁾⁶¹⁾

- ・喀痰処理の患者指導は、結核蔓延を防ぐ公衆衛生上の最も重要な問題である。
- ・結核菌を完全に殺菌する唯一の方法は焼却である。焼却しやすいように回収する。5～6 枚、必要に応じてはもっと多くの新聞紙を折りたたみ、紙コップの中に入れて内容物をふき取る。さらに新しい新聞紙を追加し、空になったコップは適当に新聞紙で覆った容器に入れる。全体を一緒にまとめ、毎日焼却するのが最も良い処理法である。
- ・痰コップは、毎日 10 分間煮沸する。
- ・現在の処理法である化学的消毒法では結核菌を死滅させることはできない。単に菌体表面の蛋白質を凝固させるに過ぎず、公衆衛生的見地から見て安全でないため、現在の処理法には極めて不満である。

⑦ 配膳と食器の取扱い

- ・トレイの概観に注意を払い、できるだけ患者が好む食物のみをのせる⁶¹⁾。
- ・食欲のない時には、少量しか出さない⁶¹⁾。
- ・食後は残された食事内容の量を記録し、食欲に変化を認めたら医師に報告する⁶¹⁾。
- ・残飯の処理は結核看護の分野である⁵³⁾。
- ・皿や銀製食器や盆は、食事の度に滅菌する⁵³⁾⁶¹⁾。
- ・箸は自分のものを使い、1 週に 1～2 回滅菌する⁶¹⁾。
- ・投薬後の薬杯の消毒をする⁵³⁾。

⑧ 栄養および食事内容⁵⁶⁾⁵⁸⁾⁶¹⁾

- ・食物は最も主要な問題である。
- ・サナトリウムに入る患者は一般にかなり体重が減っている。
- ・ホームシックや意気消沈のため食欲は減退しがちである。
- ・バランスのとれた変化のある食事を提供する。
- ・ビタミンを補給することが必要である。

⑨ 口腔の衛生⁵³⁾⁵⁹⁾⁶¹⁾

- ・通常の口腔ケアを 1 日 3 回行えば十分である⁶¹⁾。
- ・口腔内清潔は、重症になればなるほど口腔内を清潔にすべきで、また、歯の手入れは結核患者が十分な治療効果を得るのに大切である⁵³⁾。

⑩ 患者の身体の清潔および寝衣の取扱い⁵³⁾⁵⁹⁾⁶¹⁾

- ・清拭は禁忌でない限り、できれば毎日行うのが望ましい⁶¹⁾。
- ・盗汗の場合は、清拭後アルコールで摩擦する。夜間は必要に応じて度々交換し、悪寒を感じられないよう気持ちよく寝られるようにする⁶¹⁾。
- ・衰弱者には、褥瘡予防で背骨の骨の隆起に注意する。スポンジゴムマットレスが有効

である⁶¹⁾。

- ・皮膚の保護について、褥瘡ができることは看護婦の恥である⁵³⁾。
- ・皮膚の清潔を保たせることは重要な看護であり、これ程患者に喜ばれることはない⁵³⁾。

⑪ 頭髪の手入れ⁵⁹⁾⁶¹⁾

- ・通常1カ月に1回以上の洗髪は行わない。
- ・不必要な腕の運動、特に肩以上に挙上することは肺組織の治癒を遅延させてしまう。
- ・婦人患者の念入りな髪の手入れは、労力の消費が大きいため思い留まらせなくてはならない。

⑫ 病室の備品や器具、ベッドの取扱い⁵³⁾⁵⁹⁾⁶¹⁾

- ・ベッドのリネン類は、ねたきりの患者に対してはできれば毎日交換する⁶¹⁾。
- ・病室の備品や器具類は、患者が病室から移されたらすべて消毒し、結核菌を除いて返却する⁶¹⁾。
- ・煮沸可能なものは、10分間煮沸する⁶¹⁾。
- ・煮沸できないものは、消毒薬に浸すか、石鹼と流水で洗い、直射日光の下に6時間さらす、あるいは紫外線に5分間あてる⁶¹⁾。
- ・煮沸も水洗いも不可能なものは、紫外線照射または直射日光で十分である。平らな表面を直射日光に24時間（紫外線なら15分間）さらすのが安全である⁶¹⁾。
- ・リネン類、洗濯物は温湯と石鹼で洗う前に約1時間、化学的消毒を行う⁶¹⁾。
- ・マットレスは24時間直射日光にさらす⁶¹⁾。
- ・退院後の病室の壁、器具、ドア、造作物、床、ラジエーター等は石鹼と水で洗う。
- ・退院後の病室は6時間開放しておく⁶¹⁾。
- ・ベッド整備は、24時間中患者が過ごすベッドであり、患者が暮らすベッドで、安静に与える影響は大きい。皺なくきちんと張った敷布、汚れのない枕カバー、ずれ落ちていない掛物、であれば熱に悩まされる不愉快さも癒されること、ベッド作りは結核看護に重要な位置を占めるものであると言っても過言ではない⁵³⁾。

⑬ 面会者への対応⁶¹⁾

- ・結核病棟における面会者は、患者の荷物に一切触れてはいけない。
- ・感染の危険性のある患者には近づかないことが望ましい。
- ・訪問者は十分ベッドから離れて座り、話や笑いに際して患者から出る唾に直接さらされないようにする。
- ・ベッドサイドに来る訪問者の人数を制限する。
- ・重症者の面会は短時間に留める。重症者は疲れやすく、疲労や興奮によって体温や脈拍の増加を来しやすい。
- ・16歳以下の子供は、絶対に病棟内に入れてはならない。

⑭ 二次感染予防に関する患者教育⁵³⁾⁵⁵⁾⁶⁰⁾⁶¹⁾

a) 咳嗽の抑制法

- ・痰を出すためには特に強い咳嗽をする必要ない。咳嗽でも特にかから咳は、抑制できる患者によっては咳嗽が習慣になっている。気管の線毛作用を説明し、線毛の波状運動によって痰は自然に推し進められ、僅かの咳で気管から口腔内へ吐き出せることを納得させる。

b) 咳やくしゃみ時の鼻と口の防護

- ・咳やくしゃみに際し、鼻や口を覆うのに手を使わないよう注意する。手は結核菌を散布する1つの道具になるからである。
- ・結核患者はハンカチなどを使わず、紙のように容易に焼却できるものを用いる。
- ・ガーゼを使うのもよくない。ガーゼは透過性があり、細菌が容易に手に付着する。また、ガーゼは繰り返して使われがちで、ポケットに入れたり、枕の下に置かれたりする危険性もある。
- ・予防の見地から、紙の口拭きがよい。

c) 痰喀出に際しての注意

- ・痰を飲み込んではいけない。腸感染の危険がある。
- ・痰を吐く場合、痰コップ外に少しもこぼさないようにする。
- ・痰コップに半分以上溜まったものは使わない。
- ・コップがすぐに間に合う場合は、痰コップか紙の口拭き以外に喀出してはならない。
- ・痰コップの内容が器具や床にこぼれないよう注意する。

d) 手指の清潔

- ・結核患者は手指の清潔について特に関心をもたなくてはならない。
- ・度々手洗いをする。特に食事前や見舞を受ける前、トイレ使用後には必ず手を洗う。

⑮ 喀血時の対処⁵⁹⁾⁶¹⁾

- ・患者の死は、大喀血による失血死よりも、むしろ結核気管支拡張症、あるいは僧帽弁狭窄症によることが最も多い。

「気管支拡張症」は、気管支が非可逆的に拡張する病気で、拡張した部分に細菌やカビが増殖して炎症を起こし、感染を繰り返すことによって病状が進行する。そして、拡張した部分には、炎症に伴い血管が増え、血痰や喀血をきたすのである。

「僧帽弁狭窄症」は、心臓の僧房弁の開きが悪くなり、心房から心室への出口が狭くなることで、左心房の内側の圧が上がり、肺に負担がかかるため、心不全の原因となる疾患である。

- ・喀血時には直ちに医師を呼ぶ。
- ・患者を安楽な体位で臥床させる。

患側を下にする。患者の顔は片側へ向ける。膿盆と口拭きの紙をたくさん患者の手の届く所に置く。

- ・看護婦は穏やかな静かな態度で患者を安心させ、安静を保つ。
- ・硫酸コデイン 1/4、グレイン (0.017 g) の入った注射器を用意する。麻薬は咳嗽反射

の消失するほど使用してはならない。

- ・氷片を経口的に与える。
- ・喀血時には、一切の身の世話を（食事、清拭、整髪、歯磨き、便器の出し入れ）を援助する⁵⁹⁾。
- ・排便時の努責は禁物である。
- ・出血の活動期には清拭も避け、医師の指示を待って再開する。
- ・痰コップは、患者の手が容易に届く所に置く。
- ・喀血物は焼却処理をする。
- ・喀血物は焼却処分のほかには、等量の2%リゾールと混合し、4時間後に下水に捨ててもよい。
- ・出血の活動期には、冷たい飲み物と軽い食事を提供する。
- ・出血が大量の場合は、氷片をなめてもらい、口喝を防ぎ、喉頭蓋を弛緩させて咳嗽を防ぐ。

⑩ 病院規定についての教育⁵³⁾⁶¹⁾

入院から24時間以内に病院の諸規定について説明する。

説明内容は、「呼鈴の使い方」「痰コップの使用法」「安静に関する規定」「診断に関する規定」「病院内規」である。

a) 身体的安静⁵⁷⁾⁵⁸⁾⁶¹⁾⁸⁷⁾

- ・結核治療の主体をなす安静法について指導する。結核病院における安静法について、心身の完全な弛緩を目的として、ベッドに静かに臥床することや寄りかかって過ごすように指導する。
- ・絶えず寝る向きを変えたり、手足を動かすと身体的安静がとれないことを指導する。
- ・入院時から患者に指導しておくべき「禁止事項」
 - 1) 水を飲みたいとき、水差しのような重い物を持ち上げたり押ししたりしてはいけない。
 - 2) ベッドのそばのスタンドをわきへ寄せることも不可である。
 - 3) 重い本を具合の悪い位置に持っていてはいけない。
 - 4) 品物をとるために、手足を伸ばすこともよくない（本などが床に落ちた際、ベッドから乗り出してはならない。ナースや付添人が拾ってくれるまで待つこと）。
 - 5) いかなる活動も医師の許可が必要である。
 - 6) 安静臥床中は、ラジオを聞く以外、すべての活動を務めて禁止しなくてはならない。臥床患者に許される活動は、読書、編み物、軽作業療法の範囲を出ないこと。
 - 7) 午後は眠るのが望ましく、読書、ラジオなどもその他、いかなる種類の娯楽も通常許されない。
 - 8) 決められた安静度表をよく患者に納得させ、自分の段階の認識と、実際にそれを守っているかどうか確認する。
安静度表は以下の資料6-6の通りである。
- ・以上の指導内容を守っているか否かを監視するのは看護婦の責任である。看護婦が

規則の実施を嚴重にしないときは、在院期間が長引く結果となり、苦しむのは患者だからである。

安 静 度 表 (1~5 度)

安 静 度	1	2	3	4	5
行動の大体の基準	終日臥床	床上生活	室内生活	病棟内生活	所内生活
洗面	ねたまま拭いてもらう	床上で洗う	洗面	所	です
食事	ねたまま食べる	ねたままか又は指示があれば起きて食べる	病室内で食べる	病室又は食堂で食べる	
排便	尿器、便器を使う	尿は尿器、大便是便器又は便所で	尿は尿器、大便是便所で	便	所
入浴と清拭	入浴はいけない。清拭は医師の指示による	入浴はいけない。清拭は人にしてもらう。		入浴は医師の指示により月1回乃至週1回	入浴は週1回
洗髪	いけない	人に洗ってもらう		自分で洗う	
歩行と運動	い	け	ない	自己の室内のみ(最少限にとどめる)	自己の病棟内のみ(最少限にとどめる)
歩行と運動				所内の屋外歩行は医師の指示による	
会合	い	け	な	い	出席が許されることもある
面会	特別の場合の外いけない	許された場合に限り10分以内	普通安静時間に15分以内	普通安静時間に30分以内	普通安静時間に1時間以内
外出外泊	い	け	な	い	特に許された場合に限る
普通安静時間の内容	普通安静時間はない	許された場合に限りラジオをきき新聞を読んでもよい	身の廻りを整理し、低声に談話し、ラジオをきき、手紙をかき、書物をよむ等、室内でできる軽いこと(最少限度にとどめる)	身の廻りを整理し、低声に談話し、ラジオをきき、書物を読むなど過度にならぬ注意を要する	4度で許されるものの外、過度に将棋等が許されることもある

安 静 度 表 (歩行、作業療法期)

安 静 度	6	7
行動の大体の基準	歩行作業による体力訓練	就労準備又は保護就労
入浴	週 2 回 以 内	
歩行と運動	歩行作業は3時間未満	作業を3時間以上
面会	1時間以内で許される	
外出外泊	医師の許可による	
普通安静時間の内容	(1) 指定された歩行作業以外の運動や作業をしないこと。 (2) 歩行作業時間以外の時間はできるだけ休養すること。 殊に安静時間を指定されたときは厳守すること。	

(備考)

- 1) 第7度は通例、普通生活(第8度)に続く。
- 2) この安静度は一般的なめやすであるから、病状によつては更に細い指示や一部変更もある。
- 3) 自分に指定された安静度を守るのに、解らないことがあつたら医師に尋ねて十分理解して実行すること。

資料 6-6 安静度表(1~5度および歩行・作業療法期)

加倉井駿一(1954.05)結核病棟の管理—看護業務を中心として—, 済生, 315号, 9-13.

b) 精神的安静 ⁵³⁾⁵⁰⁻⁶²⁾⁶⁵⁻⁷¹⁾

- ・入院環境に順応できない患者は、看護婦や医師にとって、最も扱いにくい問題である。通常、問題となる点は以下の1)~5)である。

- 1) 結核という診断を受けることを拒絶すること。
- 2) 新たな環境や、規律に順応することができないこと。

- 3) 結核なるがゆえに社会的恥辱だと感ずること。
 - 4) 家の悩み、特に経済的苦悩。
 - 5) 逆境に应ずることの不可能なこと。
- ・ 援助のためには、忍耐、人間に対する理解、心理学の知識と共に相当な機転も看護婦に必要である。
 - ・ 各自も問題も個別に解決していかなければならない。
 - ・ 入院時に最初に接する看護婦の態度によって、患者が新たな環境に容易に順応できるか否かが決まる。
 - ・ 親切に対応し、家庭、家族、友人から距てられた淋しさや不安を軽減する。
 - ・ 精神的看護について、結核と診断された患者は恐怖・不安を伴うため、精神的安静が充分にとれるように看護婦の努力が必要とされる。
 - ・ 心配や勉強等は精神的安静の妨げになることを指導する。
 - ・ 慢性の経過をとるため経済的な悩みも生じることや、わがままも起こるため、患者の身近にあり、一番多くの患者に接する機会を持つ看護婦の精神的看護が必要である。
 - ・ その日によって異なる患者心理を理解することは大変難しいが、日常の看護、処置やあらゆる機会を通じて、患者の言動を観察することによって、個々の患者の心理とその心理が病気に及ぼす影響を理解し、患者の心身の安静を図ることが大切である。
 - ・ すべての年齢層の結核患者が望むナースの人柄は、「親切で、明朗で、親しみ深い人」、「誠実な真面目な人柄」が圧倒的に多く、すなわち、「職務に忠実で誠意をもって見てくれる人、何ごとにつけても最後まで徹底してやってくれる人」、「奉仕的な人」、「たとえ技術がまずくても誠実な人であれば、必ずしも欠点と思わない」、「感情をコントロールできる豊かな大らかな人柄」、「患者の気持ちを理解する心のゆとりをもつ人」、「人間性の豊かな人」、「気持ちが大きめで気立てのよい人」、「常に病人ととけ込んでくれる人」である。長期療養患者は「気分屋はいや」とはっきり言う患者も多い⁶³⁾。

⑰ 退院患者の看護⁶¹⁾

入院時からすべての訓練は、退院後の生活に戻った日を目当てに実施される。その内容は、規則正しい生活様式、いかに休息をとるか、結核予防法など、生活様式の基礎になる知識を指導する⁶¹⁾。

患者にとって退院を迎えた日は、全治療過程を通じて、最も大事な部分に入ったことになる。病院の束縛と規律下の下にはなく、すべてを自分で責任を持って行動しなければならないからである⁶¹⁾。

患者が再び社会に順応していくことは、患者にとって入院時と同様に大きな問題である⁶¹⁾。

患者は何カ月にも何年にもわたる隠遁生活のために、ややもすれば自己中心的になっている。また、社会的地位を失いはしないかという危惧のため、相当自信を失っている⁶¹⁾。

しかし、この時期に対する患者の反応については、従来、十分に考慮が払われていなかったことの指摘がなされている⁶¹⁾。

家庭療法においても、患者が入院時の種々の規律が厳守できるよう家族の協力が必要

である⁶¹⁾。

看護婦は患者が入院中に指導を受けたことを実行し、継続していくことを指導する。また、定められた休息時間を廃止してはならないことを指導する⁶¹⁾。

退院後の闘病生活は、患者の長期療養のため破産した状態が続くと家庭経済の悪化から患者自身も苦しむため、離婚してしまった方が療養に専念できて、社会復帰も早くなるのではないかと⁶⁴⁾。

闘病生活の意義について、退院後も長い療養生活が必要であり、さまざまな問題、悲しみ、苦しみがある。それに打ち勝ってこそ闘病生活である⁶⁴⁾。

2) 結核患者の診療の補助

①痰コップの回収⁶¹⁾

- ・痰の性状と量は診察に有意義なデータとなるため、痰コップを回収する時刻は、医師の回診時に合わせ観察できるようにする。一定の規定が確立されていない場合は、痰の性状・量の変化を医師に報告するのは婦長の責任である。

②特発性気胸⁶¹⁾

肺および肺胸膜の破裂により空気が肺から胸膜腔に漏出した状態。自然気胸と気胸療法の経過中に起こることがある。

- ・初回、または再度空気注入後の安静臥床と胸部症状の観察をする。
- ・特発性気胸の典型的症状は、突然起こる鋭い胸部痛、呼吸困難、チアノーゼ、頻脈の観察と医師へ報告する。
- ・救急的脱気に備え、緊急用気胸トレイと装置を用意しておく。

③間歇的脱気法⁶¹⁾

患者を原則としてベッド上に座らせ、医師が針を胸膜腔に刺して、ゴム管と50cc注射器をこれに取り付け、空気を1注射器ずつ吸引する方法。

- ・空気が1注射器ずつ吸引されるので、看護師が記録し、終了時の総計をチャートに記入する。
- ・気胸の再発の徴候に注意を払う。

④持続的脱気法⁶¹⁾

肺および胸膜の損傷が高度で、間歇的脱気では間に合わないときに推奨される。

患者を床上に座らせ、穿刺針を硬膜腔内に留置し絆創膏で固定する。ゴム管の一端は針に接続、他は吸引瓶に接続し、滅菌包帯を針のまわりに巻く。患者は甚だしい不安を抱き、容態も通常は極めて悪い。

- ・患者は常に座位をとっており、衰弱しているため、ベッドから転落しないよう絶えず観察する。
- ・ゴム管や針が塞がらないよう観察し、異常を認めたら直ちに報告する。
- ・座位のため骨の突出部に注意を払い褥瘡予防に努める。
- ・枕をクッションとした床上テーブルを患者の前において寄りかからせ安楽を図る。

- ・酸素吸入やモルヒネ注射の介助をする。

⑤手術室で行われる肺結核外科療法における看護

- a) 周手術期看護（術前オリエンテーション含む）⁷³⁻⁷⁷⁾⁸¹⁾
- a) 人工気胸術の看護⁵⁴⁾
- b) 胸郭成形術の看護⁵⁴⁾
- c) 肺切除術の看護⁵⁴⁾⁷²⁾⁷⁵⁾⁷⁷⁾

⑥化学療法の看護⁵⁴⁾

- ・看護婦は、薬品の使用法、効果、副作用などを熟知し、確実な投薬、患者個々の副作用の観察（耳鳴り、眩暈、下痢、発疹、頭痛など）に注意を払い、少しの症状でも現れれば直ちに医師に報告する。

⑦リハビリテーションに関する協力⁵⁴⁾

- ・リハビリテーションは、結核の治療において重要でありながら、従来から等閑視されていた問題である。従来は治療の最後に行われていたが、最近では治療の始めからリハビリテーションを行うことの重要性が認識され、看護業務の中にもリハビリテーションに関する協力が当然盛り込まれてきている。

⑧半外来および外来患者の看護⁶¹⁾

- ・この2つのグループの患者の看護は、主として「監視と教育」である。

患者の回復状態がよくなるにつれて、医師が少しずつ作業を課し、それに耐えられれば次第に増量して無制限にまで至らせる。しかし、午後の休息時間と夜の早期就床は守らせる。

一般に、作業を増量する時は次の1～13のような順に進められる。

1. 自分の顔や手を洗い、紙をすかせたり顔を剃らせたりする。
2. ベッド内で自分で清拭させる。
3. 1日1回、浴室へ行く特権を認める。
4. 1日2回、浴室へ行く特権を認める（便所へ行ってよい）。
5. 1日3回、浴室へ行ってよい。
6. 浴室で顔や手を洗わせる。
7. 全身入浴の特権を認める。
8. 病棟の食堂で食事をさせる。
9. 1日に5～15分間散歩させる。
10. 1日に15～30分間散歩させる。
11. 1日に30～45分間散歩させる。
12. 1日に45～60分間散歩させる。
13. 無制限に散歩を許可する。

看護婦は、これらのすべての作業を監視しなくてはならない。

監視の視点は、次の1)～6)である。

- 1) 患者が規定された量を超過しないか。
- 2) 患者が休息时间、特に午後の時間を守っているか。
- 3) 体温、脈拍を見て、少しでも上昇を認めたら報告する。
- 4) 不当な体重減少を認めたら報告する。
- 5) 咳や痰の増量、疲労の症状が見られたら報告する。
- 6) 家庭で患者自身が注意すべきことを指導する。
 - a. 痰コップについての注意
 - b. 痰によって汚染された部位の処置
 - c. 定期検診の重要性
 - d. 規則正しい生活様式を固守することの重要性
 - e. 家庭の状態に適合するよう患者に精神的準備をさせる

以上、結核患者の療養上の世話および診療の補助についての一部を取り上げたが、この内容から 1950 年代の看護の特徴をみると、結核患者の療養上の世話では、感染管理の視点で患者の日常生活における看護が具体的に示されていた。例えば、看護衣の上に着用するガウンの着脱方法に関するガウンテクニックの説明や、マスクの取り扱いでは具体的な注意点の記載があり、看護婦の行動に結びつくように説明している。また、喀血時の看護の説明では、患者の死が多量の喀血による失血死よりも他の原因であることが多く、死因となる気管支拡張症と僧帽弁狭窄症による病態生理を含めた科学的な根拠について説明していることなどである。そのほかにも、患者の精神面の看護では、入院環境に適応できない患者や退院が近くなった患者の経済的困窮への不安対応、退院後も長期療養を継続しなければならない患者心理を汲み、患者が求めている看護婦についての記述が見られ、身体面だけでなく結核療養者の精神面にも看護の光を当てられている。

結核患者の診療の補助では、医療の発展に沿って手術療法の看護のほかにも化学療法の看護について記されていることが、1950 年代の看護の特徴である。服薬による副作用に焦点が当てられている。また、リハビリテーションに看護婦の協力が必要なことについて挙げられ、患者の回復状態に合わせたリハビリテーション活動を観察と教育の視点で示している。リハビリテーションといっても、身体の一部の機能に焦点を当てたものではなく、入院生活の規則の中での活動や、入浴回数や散歩の時間の拡大などを個人の病状に沿って計画したものであり、ここに日々の患者の生活を見守る看護婦の介入が求められていた。

入院患者のリハビリテーションが始まった経緯については、戦後の復興から高度経済成長の時代に入り、病院の数は増加したこと、また、国民皆保険により医療を利用する機会が増加したことと並行して、リハビリテーションを行う病院も少しずつ増え、主に温泉病院では病人の期待を集めたとされている。代表的な温泉病院である長野県厚生連・鹿教湯病院は、1956 年に開設され、リハビリテーションセンターをつくった病院として知られている。温泉地につくられた病院には、脳卒中や脊髄損傷などの患者で一杯であったことや、混雑した背景には、遅々としたリハビリテーション病院の増加よりも、脳血管障害の病人が急増していたことがある¹⁰³⁾。死亡率では脳血管障害は戦前から上位を占めていたが、1951 年には結核を抜いて第 1 位となっていたことから患者が増加していたことが頷ける。こういった療養を目的とした温泉病院では、慢性疾患で長期療養の継続が必要な結核

患者においても手術後のリハビリテーションなどを目的とした利用者の存在があったと推察する。

この章で対象とする 1951 年～1961 年の時期には、まだリハビリテーション技術者の養成や資格試験は行われていないが、1961 年の『厚生白書』においてリハビリテーション技術者を養成する必要について触れ、1963 年には養成学校が開校されている。

したがって、結核看護において治療の始めからリハビリテーションを行うことの重要性が認識され、看護業務の中にもリハビリテーションに関する協力が盛り込まれてきたことが理解できる。

3) 1951 年～1961 年における結核看護研究の特徴

1960 年に国立結核療養所共同研究において、重症結核患者の看護技術だけでなく、看護婦が行なう看護技術に関して患者に影響があると予測する事項について、患者への調査がなされている。重症患者にとっては大きな福音とされている。つまり、これまで明らかにされなかった重症者の声を取りまとめた研究である⁶³⁾。調査内容は、①看護婦の態度とこれに対する患者の心理的反応、②症状別病棟区分および転棟、転室の患者心理に及ぼす影響、③建物建設の条件吟味、④看護技術の患者心理への影響である。④はこの研究の重大目標とされ、1957 年～翌年の調査であったことから、国立結核療養所の看護婦は、この頃から重症結核患者の心理の理解に注目した研究に取り組み、従来の看護技術を見直す根拠を明らかにしている。

また、結核病棟において、治療の初めからリハビリテーションを行うことの重要性が認識され、看護婦もリハビリテーションに介入するという新しい分野の看護の特徴がみられる。

<注>

- 1) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 608.
- 2) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 623.
- 3) 長宏(1978)患者運動, 勁草書房.
- 4) ニッパチ闘争とは、「夜勤は 2 人(複数)で月 8 回まで」との要求を表現したものである。「患者のためのよい看護」や「医療政策の転換」を求め、「2 人夜勤で 8 日以外の夜勤はしない」という実力行使を中心に闘い、全国約 300 の病院で「夜勤協定」を獲得した。
- 5) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 52.
- 6) 小池喜孝(1977)常紋トンネルー北辺に斃れたタコ労働者の碑, 朝日新聞社, 32-33, 81-85.
- 7) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 53.
- 8) 結核及び結核対策を取り巻く状況の変化(現行の施策と今日の結核対策を考える前提)(mhlw.go.jp)(2021.1.10アクセス)
- 9) 国立感染症研究所(2017)結核の法的取扱いの変遷(結核予防法、感染症法), 病原微生物検出情報(IASR), 38(12), 233-234.
- 10) 野津 聖(1959)国立病院, 国立療養所を通じてみた、わが国結核患者の状況, 九大結研紀要, 第6巻, 18-19.

- 11) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 16-18.
- 12) 国立感染症研究所(2017)結核の法的取扱いの変遷(結核予防法、感染症法), 病原微生物検出情報(IASR), 38(12), 233-234.
- 13) 康永秀生(2021)はじめての医療経済学, 看護教育, 62(4), 医学書院, 362-365.
- 14) 東京都患者同盟中央執行委員会編(1996)都患同盟一風雪 50年の歩み一, 東京都患者同盟, 3-4.
- 15) 東京都患者同盟中央執行委員会編(1996)都患同盟一風雪 50年の歩み一, 東京都患者同盟, 発刊にあたって 東京都患者同盟会長 小島貞夫.
- 16) 東京都患者同盟中央執行委員会編(1996)都患同盟一風雪 50年の歩み一, 東京都患者同盟, 6-8.
- 17) 東京都患者同盟中央執行委員会編(1996)都患同盟一風雪 50年の歩み一, 東京都患者同盟, 8.
- 18) 東京都患者同盟中央執行委員会編(1996)都患同盟一風雪 50年の歩み一, 東京都患者同盟, 15.
- 19) 東京都患者同盟中央執行委員会編(1996)都患同盟一風雪 50年の歩み一, 東京都患者同盟, 16.
- 20) 東京都患者同盟中央執行委員会編(1996)都患同盟一風雪 50年の歩み一, 東京都患者同盟, 18.
- 21) 東京都患者同盟中央執行委員会編(1996)都患同盟一風雪 50年の歩み一, 東京都患者同盟, 19-22.
- 22) 東京都患者同盟中央執行委員会編(1996)都患同盟一風雪 50年の歩み一, 東京都患者同盟, 23-32.
- 23) 東京都患者同盟中央執行委員会編(1996)都患同盟一風雪 50年の歩み一, 東京都患者同盟, 43-60.
- 24) 渡邊かおり(2018)朝日訴訟を支えた人々, 愛知県立大学教育福祉学部論集, 第67号, 51.
- 25) 日本患者同盟四〇年史編集委員会(1991)日本患者同盟四〇年の軌跡, 法律文化社, 221-226.
- 26) 渡邊かおり(2018)朝日訴訟を支えた人々, 愛知県立大学教育福祉学部論集, 第67号, 59.
- 27) 日本患者同盟四〇年史編集委員会(1991)日本患者同盟四〇年の軌跡, 法律文化社, 228, 241.
- 28) 29) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 403.
- 30) 中川米造・丸山博編(1967)日本科学技術史体系 医学2, 第一法規, 146-147.
- 31) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 404-405.
- 32) 33) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 406.
- 34) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 403.
- 35) 川上武(1956)結核対策に新しい道を一治療の歴史と現代の治療法, 婦人公論, 11月号.
- 36) 学校法人 順天堂(1980)順天堂史・上巻, 761-762.
- 37) 林正秀(1963)医療における技術革新(1) 医学史研究(8).
- 38) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 22.
- 39) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 23-28.

- 40) 1960年代までポリオ患者を中心に用いられた。
- 41) 山田義智他(1952)鉄の肺呼吸器械の看護, 附録「鉄の肺」, 看護学雑誌, 11(5).
- 42) 北錬平(1973)戦争と平和 病気と健康, 医療図書出版社, 30-31.
- 43) 清水昭美(1979)増補 生体実験, 三一書房, 254.
- 44) 第二次世界大戦の高知県は医師不足対策として創設された高知県立女子医学専門学校を1947年に廃校し、その後、4年制の女子専門学校を再発足させた。
- 45) 1986年に見藤隆子看護学教授が就任し、1992年、「健康科学・看護学科」として看護の柱を再構築した。
- 46) 木村哲也(2015)駐在保健婦の歴史と活動—地域住民との関りを中心として—, 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌, 6(1), 10-14.
- 47) 木村哲也(2012)駐在保健婦の時代, 医学書院, 96.
- 48) 木村哲也(2012)駐在保健婦の時代, 医学書院, 97-100.
- 49) 木村哲也(2012)駐在保健婦の時代, 医学書院, 101-103.
- 50) 木村哲也(2012)駐在保健婦の時代, 医学書院, 103.
- 51) 木村哲也(2012)駐在保健婦の時代, 医学書院, 103-105.
- 52) 木村哲也(2012)駐在保健婦の時代, 医学書院, 243-244.
- 53) 中山相子(1951)結核看護(1)(3), 看護学雑誌, 9(2/5), 41-42/14-16.
- 54) 伴わぐり(1955.10)肺結核の看護, 看護学雑誌, 18(4), 31-34.
- 55) 中道千鶴子(1951.09)結核と看護, 看護, 3(9), 2-4.
- 56) 柴田正名(結核豫防會保生園)(1952.04)春の看護, 保健同人, 7(4), 22-23.
- 57) 柴田正名(結核豫防會保生園)(1952.06)梅雨時の看護, 保健同人, 7(6), 44-45.
- 58) 柴田正名(結核豫防會)(1952.1)秋の看護, 保健同人, 7(10), 38-39.
- 59) 井上泰代(1953)結核の看護 第一講～第八講, 保健同人, 8/9(7-12/1-2), 111-113/114-116/111-113/108-111/106-108/105-108/108-110/104-106.
- 60) 本川よし江(舞鶴共済病院)(1954.05)当病院結核療養所看護婦の心構え並にその感染防止, 共済医報, 3(2), 97-98.
- 61) アデル・パウアー(1955)結核の看護(1)(2), 看護のBooks, 3(3/4), 18-23, 10-16.
- 62) 大庭静枝(宇多野國療)(1961.09)結核看護のむずかしさ, 看護教室, 5(9), 13-15.
- 63) 倉田庫司(國療千城園), 深津要, 野際英雄, 小井土可彌子, 高橋理, 西村榮, 三橋千代, 柳澤康夫, 後藤繁(1960.03)重症結核患者の看護に関する研究, 国立結核療養所共同研究年報, 1巻, 124-147.
- 64) 渡邊ムツミ(宇多野國療)(1961.09)結核患者の精神的指導の1例, 看護学雑誌, 25(9), 20-22.
- 65) 安達みよか(國療再春莊), 木村孝子, 土田妙子, 武藤敦子, 志垣理子, 高木孝子, 田中雅子, 山田和子(1959)結核患者の精神的看護(1)(2), 看護, 11(10/11), 33-37/48-53.
- 66) 国立療養所再春莊附屬高等看護學院自治會(1959.12)結核患者の精神的看護(3), 看護, 11(12), 211-216.
- 67) 湯川みと子(1953.11)結核患者の精神看護, 共済医報, 3(4), 99-101.
- 68) 水谷タカ(若松病院), 瀧尾テルミ(1954.10)結核患者の精神看護, 共済医報, 3(4), 59-62.
- 69) 実藤春子(若松病院)酒井フミ江, 山本貞子, 瀧尾テルミ, 光富照子(1956.08)結核患者の

- 精神看護－その 2－結核病棟の大部屋に於ける療養指導について, 共済医報, 5(3), 440-441.
- 70) 松尾君子(自衛隊)(1957.04)結核患者に対する精神看護面について(第1報), 保安衛生, 4(4), 30-31.
- 71) 林まさ(1961.03)結核心理的看護研究(第1報), 国立結核療養所共同研究年報, 2巻, 174-175.
- 72) 八枝作子(聖路加国際病院), 竹内和泉(1954.11)肺結核に対する肺切除手術に際しての看護法, 看護学雑誌, 16(5), 20-27.
- 73) 杉内正信(日本鋼管清瀬病院)(1956.04)肺結核外科に於ける介助と看護について, 看護学雑誌, 19(4), 234-238.
- 74) 今津みや子(大阪福泉國療), 富田元子(1961.09)肺結核外科手術看護のオリエンテーションの一試案について, 看護学雑誌, 25(9), 23-26.
- 75) 八板作子(聖路加国際病院), 竹内和泉, 久保博子(1958.02)肺結核の外科的治療を受けた患者の看護, 看護, 10(2), 23-36.
- 76) 柴田正名(結核豫防會保生園)(1952.09)手術時の看護, 保健同人, 7(9), 37-38.
- 77) 和泉菊國榮(高松病院)山田小夜子(1957.02)結核患者特に肺切患者の心境とその看護, 共済医報, 6(1), 153-156.
- 78) 山本清子(慈大)(1952.06)看護管理を中心とした結核病棟管理について, 看護学雑誌, 11(6), 17-20.
- 79) 加倉井駿一(1953)看護婦の平均在職日数(上)(下)－国立結核療養所に於ける年度別推移－, 看護学雑誌, 14(5/6), 149-151/53-58.
- 80) 岩田幸子(1956.08)結核病棟の完全看護と病棟管理について, 看護学雑誌, 20(2), 18-23.
- 81) 中山相子(1951.09)結核療養所の看護婦長と主任のために, 看護, 3(9), 30-33.
- 82) 隈部英雄(東京)(1951.09)結核予防に働く看護婦に希む, 看護, 3(9), 9-12.
- 83) 丸池ふみ子(1956.01)肺結核接客婦の療養指導, 看護, 8(1), 176-179.
- 84) 本田君代(稻田登戸病院)(1957.03)結核菌による白衣の汚染度, 看護技術, 3(3), 18-19.
- 85) 黒田節子(天使女短大), 西村牧子(1960.1)肺結核看護計画の立て方－結核病棟カンフェランスより－, 看護技術, 6(10), 69-77.
- 86) 深町一代(宮城野病院), 伊勢トシ(1954.1)結核療養所に於ける完全看護に関する諸問題, 共済医報, 3(4), 74.
- 87) 加倉井駿一(1954.05)結核病棟の管理－看護業務を中心として－, 済生, 315号, 9-13.
- 88) 加倉井駿一(厚生省)(1956.10)国立結核療養所に於ける看護体制改革の概要－附添婦排除－, 済生, 340号, 17-21.
- 89) 丹羽壯一(愛知衛研), 片山信, 鈴木登志子(1956.03)結核病院看護婦の生活調査, 愛知県衛生研究所報, 7号, 58-60.
- 90) 加倉井駿一(厚生省)(1955.04)国立結核療養所の看護婦, 厚生の指標, 2(4), 17-20.
- 91) 和泉菊國榮(高松病院)山田小夜子(1957.02)結核患者特に肺切患者の心境とその看護, 共済医報, 6(1), 153-156.
- 92) 藤田シズヨ(廣島記念病院)(1954.1)本院に於ける結核病室の看護状況, 共済医報, 3(4), 73-76.

- 93) 稲葉百合子(櫻ヶ丘保養院), 小林茂子, 佐#アヤ子(1957. 02)結核合併精神病者の看護, 看護学雑誌, 21(2), 10-15.
- 94) 木村久子(都立松澤病院), 菅谷君江, 伊藤タリ(1961. 08)精神病院に於ける結核病棟管理—看護の役割について—, 看護学雑誌, 25(8), 60-64.
- 95) 竹中満喜子(名古屋)(1955. 01)小兒結核性髄膜炎の看護法, 看護, 7(1), 95-101.
- 96) 有田幸子(大分日赤)(1957. 10)腎臓結核の看護, 看護技術, 3(10), 26-34.
- 97) 東ハルエ(1955. 08)重症肺結核に合併せるネフローゼ患者を看護して, 共済医報, 4(3), 284-285.
- 98) 岡崎きみゑ(泉州病院)(1956)肺結核に併発した出血性紫斑病の看護経験, 共済医報, 5(1/2), 115/295.
- 99) 大橋久子(結豫桐陰學園)(1957. 05)結核事例研究の一例, 看護, 9(5), 37-44.
- 100) 井上眞千代, 松木芳子(1951. 07)結核の家庭訪問の調査, 3(7), 43-47.
- 101) 町田ヤエ子(1958. 02)農村地区結核家庭訪問の組織化, 看護, 10(2), 41-44.
- 102) 松橋ミヤエ(1959. 01)失敗した結核事例, 看護, 11(1), 138-143.
- 103) 川上武(2006)戦後日本病人史, 社団法人農山魚村文化協会, 146-147.

第七章

結核看護史第Ⅵ期 1962年～1974年、結核患者の管理体制が実施された 「結核患者管理確立期」

はじめに

本章では1962年～1974年の結核政策ならびに結核治療、看護教育制度および結核患者の看護について述べる。特にこの時期の特徴として、結核患者層の高齢化により、結核治療以外にも脳梗塞や糖尿病などの合併症や、老人特有の認知症などへの治療と看護が必要となったことについても述べる。

看護教育制度では、単科の看護大学の設置など、さらに看護の質向上を目指した人材養成を目的に看護教育の充実が図られたこと、また、臨床では結核病棟看護管理の進展がなされたことについて述べる。

病院の看護管理については、戦後十数年を経たこの時代において、医師から看護職が担うものへと変遷し、その後、看護管理の重要性について認識されるようになっていったことについて述べる。また、結核病棟での変容について、次の4つを中心に述べる。1つは結核患者が高齢化し合併症を持つ患者が増えたこと、2つ目は入院中の結核患者のニーズについて重視されるようになったこと、3つ目は、結核患者の心理の理解に基づいた個別の看護を採求するようになったこと、4つ目は、保健医療チームの一員としての多職種との連携が重視されだしたことである。また、多職種との連携では、主に理学療法士、作業療法士、メディカルソーシャルワーカーとの連携により、社会復帰支援に取り組まれたことについても述べる。

しかし、こういった結核医療も当時の環境問題や医薬品の進歩と弊害、高齢者への医療費の問題について無関係でないことから、ここで少し触れておくこととする。

1960年代から70年代の前半には、高度経済成長を反映した健康問題に直面し、工場から排出される有毒ガスや車の排ガスを原因とする環境汚染は、咳込みや目の痛みなど呼吸器系統を中心に被害をもたらし、その被害に苦しむ大勢の患者が医療機関に押し寄せた。また、PCB（ポリ塩化ビフェニル）による母乳を始め農作物・魚介類汚染による皮膚障害のほかにも、交通事故による死亡者の増大が見られていた。

環境汚染の深刻化に伴い、公害防止を求める世論も高まり、政府は各種の公害関係の法令により環境基準や排出基準等を設定し、企業もこれらの規制を遵守する一方、公害防止技術の開発に取り組んでいた¹⁾。

このような社会環境において環境汚染が、呼吸器疾患である結核患者に少なくとも影響したことは否めない。

また、1960年代は医薬品産業が発展し、抗生剤や副腎皮質ホルモン、経口血糖降下剤、降圧利尿剤などの新薬の開発がなされ、成人病への医療が発展し、また、医薬品の進歩とともに、麻酔技術や輸血、補液の進歩により急性期の外科治療分野が飛躍的に発展した第一次医療技術革新の年代である。

しかし、医薬品開発の一方で、薬原病が問題となっている。筋肉注射部位の誤りによる大きな問題であった大腿四頭筋短縮症、スモン、サリドマイドなどの問題である。

疾病にも変化が見られ慢性疾患が増加し、主に高脂血症、高血圧、糖尿病、心疾患、高尿酸血症などの生活習慣病が増加傾向にあった。

この合併症から見えることは、人々の生活が戦後から20数年を経て豊かになったということである。しかし、その反面では、1951年に死因の第1位であった結核が、こうして10年後には脳血管障害へと変わったことから、生活習慣病が人々の健康に大きく影響していたのである。それに加えて人口の高齢化は1970年代から進み、1977年に日本は世界一の長寿国になっている。

この章の冒頭で述べたが、病院では老人の入院が増え、認知症を始め、見当識低下や失禁等の老人特有の疾患や症状に対しての看護が求められたのである。

また、高齢患者が増える中で、老人医療費の無料化がなされたのは1973年である。この年は第1次石油ショックにより、経済界や国民の生活に多大な影響を及ぼした年である。日本経済が低成長の一方で、医療費の伸びはGNPを上回り、国の財政問題となっていた。

1970年からの第二次医療技術革新による高度の医療技術は、救命や延命に貢献していたが、医療費に影響を及ぼすこととなった。第二次医療技術革新は、いわゆる高度な医療機器の開発である。コンピュータ導入による自動化の医療技術への適用がなされ、放射線診断装置、超音波診断装置、オートアナライザー装置により少量の検体での検査が可能となり、また、放射線治療、レーザー治療、人工透析、内視鏡手術、人工関節、高度な手術の開発がなされたのである。

診療技術、治療技術の進展がある中で、看護婦には治療を受ける患者の安全面の確保や生活の質を高める支援が求められるようになった。

ところで、看護職の歴史に目を向けると、1960年代に入っても見落とされていたことの指摘がなされている。

これは1967年12月に発刊された『新潟県助産婦看護婦保健婦史』において新潟大学長であった山内峻呉が「医学史でも地方史でも助産婦・看護婦・保健婦の歴史は盲点となっている」こと、そして、本書が日本で最初の試みであると述べている²⁾。また、発刊に際し、当時の新潟県助産協会の理事長の丹羽美代は、この歴史のなかから新潟県看護事業発展の過程を知り、歴史を築きあげてきた多くの先輩諸姉の功績に敬意を表し、会員が意識して県民の健康を支えることを誓うと記してあった³⁾。

この文面から歴史書は、その時点に至るまでの過程について学べると同時に、尽力を尽くされた関係者から今後発展していくための示唆や、時代を経て同じ過ちを繰り返さないための教訓を受け取ることができるものである。また、この当時の新潟県の看護職は、医学史、地方史の権威者である著者の書籍を通して、看護職の歴史に視座をもつことの必要性を認識していたと推察する。

その一方で、1967年『新潟県助産婦看護婦保健婦史』が発刊された約8か月前の4月には、看護職能団体の歴史を綴った『日本看護協会史・第1巻』⁴⁾が発刊されていた。

看護活動の源である日本看護協会の歴史は、終戦後、日本看護協会会長であった金子光ら関係者の尽力により発刊に至っていたので、決して医学史に遅れていたとは言えない。本書を開くとその時代を生き、中心となって活動した人でないと詳細に功績を綴ることが難しい貴重な歴史書であることが分かる。また、この史書は看護職能団体の事業の足跡を後

世へ残された書であり、この史書から看護職の活動の事実を知り、先人の努力と功績から、現代にも繋がるさまざまな知見を得ることができるものである。

第1節 結核政策

本章で取り扱う1962年以降は、看護職能団体から『日本看護協会史・第1巻』の発刊がなされていることから、結核患者の看護においても、より一層、看護の質の向上が目指されたに違いない。しかし、この年代には、国民の生活習慣病とともに、結核患者層が高齢化したことが臨床看護の問題として注目されるようになるので、まずは結核政策、結核治療を概観した上で、当時の看護教育制度の特徴および結核看護の実践についてみていくこととする。

結核患者の特徴を死因順位においてみると、すでに1951年には、死因の第1位が結核から脳血管障害へと交代している⁵⁾。また、1960年代はBCG接種、健康診断、患者管理という重要な結核対策がすべて完備した時代と言われている⁶⁾。

1962年～1974年「結核患者管理確立期」における主な結核医療の歴史を表7-1に示した。看護教育書では1973年に医師が発刊した『新編 健康管理シリーズ4成人の健康管理』⁷⁾に、患者管理の項が設けてあり、「患者管理は健康診断、予防接種と並んで結核管理の3本の柱の一つである」ことが示され、結核医療は患者管理の視点へ移行したことが示唆されている。

表7-1 第VI期1962年～1974年「結核患者管理確立期」の主な結核医療

年	月	日	主な結核医療の歴史年表
1963	6	7	「結核の治療指針」を改正、一次薬と二次薬を区分し長期併用療法を原則とする
1967	3	17	BCG接種を皮内法から経皮接種に切り替え（局長通知）
1968	9	10	ツベルクリンをOTからPPDに切り替え（局長通知）
1974	6	20	「小・中学生の健診の定期化、BCG接種の定期化」国会通過

8) 青木正和(2004)医師・看護職のための結核病学 結核対策史,財団法人結核予防会,109.

第2節 結核治療

このように結核患者の管理体制が確立していく中で、結核治療においても1950年代以降、化学療法の導入が進んできたが、結核治療ではどのような進展が見られたのだろうか。

国民病とまで呼ばれ、死因の第1位であった結核も、治療可能な疾患へと変化し、これは、抗生物質・抗結核剤など第一次医療技術革新の成果により、感染症の中では最も手強いと恐れられていた国民病・結核の克服のメドがたつにつれて、成人病・老人病が疾病構造の上位3位に進出してきたとされている⁹⁾。また、結核以外の病原菌による感染症や伝染病の患者も、抗生剤が開発されるにつれ激減し、医薬品開発の成果が如実に現れてきたとされている。

その一方、医学が進歩するなかで、結核治療に関連する事件が1971年に起きている。「ストマイ聴力障害事件」である。その概要は、国・製薬会社・医師に損害賠償請求の訴えを起こしたものである。その後、副作用について周知され、ストレプトマイシンは、内

耳神経（第Ⅷ脳神経）・腎臓に対する毒性をもつため、副作用として難聴・腎機能障害などが現れることが明示された。投与に際しては、聴覚機能・腎機能検査の併用が必要で、副作用の徴候が現れたら投与を中止するとしている。

結核治療法の進展により結核は治る病気と認識されるようになった一方で、副作用の症状に苦悩する患者も見られるようになったということである。

結核の科学的療法はめざましい発展がみられたが、病床にある患者が苦痛であった排痰法について医師が発刊した看護のテキストでは、図 7-1 のごとく記してあった。

第 23 図 体位による喀痰排出

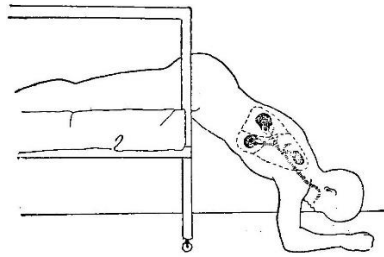


図 7-1 「体位による喀痰排出」

井上泰代(1960)『結核学と結核看護法』90.

第 3 節 看護教育制度

結核医療の発展がみられる中で、本章で取り扱う年代には、患者を看る看護婦の養成制度においても看護の資質向上を目指した取り組みがなされている。

第 V 章の時期に行われた看護教育機関の多様化は、1951 年「保健婦助産婦看護婦法」改正から、次の 1967 年 11 月の改正まで行われた。この時期には、高等学校に衛生看護科が新設され、看護の単科大学が創設されている（資料 7-1）。

1962(昭 37)9.	2 年課程定時制を設置	3 年	
1963(昭 38)4.			厚生省看護課復活：1. 昭和 25. 完全看護, 昭和 33. 基準看護へ, 昭和 35. からのストライキ; 労働条件の改善など, 2. 全医労が人事院へ 2・8 行政措置要求, 3. 医療制度調査会：保・助・看護教育一元化を答申
1964(昭 39)4.	高校衛生看護科設置	3 年	
1965(昭 40)5.			人事院判定
1966(昭 41)	熊本大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程開設	4 年	高校教員免許をもった高校衛生の教員養成
1967(昭 42)	大阪大学医療短期大学部	3 年	医学部付属看護学校, 学校教育法第 1 条校へ移行開始
11.			指定規則（文厚令）一部改正
1973(昭 48)10.			厚生省看護制度改善検討会「看護制度の改善に関する報告」准看護教育制度見直し 3 年課程定時制検討
1975(昭 50)	千葉大学看護学部開設 3 年課程定時制発足	4 年 4 年	国立大学にはじめて看護学部誕生
1976(昭 51)	聖路加看護大学編入制度開始	2 年	
1977(昭 52)			ILO における「看護職員条約と勧告」の採択
1979(昭 54)	千葉大学大学院看護学研究科（修士課程）開設 千葉大学看護学部編入制度開設	2 年 2 年	わが国初の看護学研究科誕生
1980(昭 55)	聖路加看護大学大学院看護学研究科（修士課程）開設	2 年	

資料 7-1 杉森みど里, 舟島なをみ (2012) 付表 2 看護教育制度の沿革 (近代看護教育の歴史と教育制度), 看護教育学, 医学書院, 東京, 423. (左から年月・教育機関名および資格など・修業年限・関連制度など)

また、これまでの看護系大学設置は、看護系短期大学を大学に改組することから進めら

れ、それと共に、公立私立の医学部を有する大学において看護学科または看護学専攻として開設し、公立総合大学においては看護学部または看護学科を増設もしくは看護系単科大学として設置された。また、医療系や福祉系の大学においても看護学部または看護学科の増設がなされ、その後も大学における看護教育の進展が図られていった。

その反面、大学の急増による大学教員や実習施設の慢性的不足が懸念された。

この時代の看護教育の新たな改革に影響をもたらしたのは、1967年の看護婦課程のカリキュラム改正において、GHQ看護課の指導により「総合看護」の概念がもたらされたことである。そこで、総合看護の概念が広がった経緯についてみておく必要がある。

1. 高等学校衛生看護学科の新設

1964年、神奈川県立二俣川高校において、初めて高等学校衛生看護学科が新設された。文部省の目的は、看護婦不足対策と看護教育の多様化である。当初の看護を教える教員は、看護職資格があり、高等学校教諭の保健等の免許を持つ人が担った。

その後は、看護系大学において看護を教えるための高校教員養成が大学に新設されていく。

1966年に熊本大学教育学部に特別教科（看護教員）養成課程が設置され、1967年に徳島大学、1968年に弘前大学、翌年、1969年に千葉大学において看護教員養成課程が開設された。

2. 看護の単科大学の創設

1964年、聖路加が短期大学から聖路加看護大学へ移行した。看護の単科大学として、保健婦と看護婦教育に、助産婦の教育を取り入れ、キリスト教精神を基盤として、女性に対して看護専門指導者の育成を目指す教育が行われた。

これまでに看護系の単科大学として設置された大学は、高知女子大学家政学部看護学科、東京大学医学部衛生看護学科、聖路加看護大学であり、以後、1968年に名古屋保健衛生大学衛生看護学科、琉球大学保健学部、1975年には千葉大学看護学部が設置された。

これらの6大学の設置以降は、11年後の1986年に日本赤十字中央女子看護短期大学が日本赤十字看護大学となり、北里大学看護学部が創設された。1989年には東京医科歯科大学医学部保健学科看護学専攻が設置され、9大学となった。

看護教育の大学化の背景については、21世紀直前までのことについて主に6つが挙げられている¹⁰⁾。この内、1974年ごろまでの背景は、①医療需要の変化と医療技術の発達・専門化への対応、②人口の高齢化による保健・医療・福祉への住民のニーズと政策であったことが分かる。

ちなみに看護学専攻の大学院修士課程は、1979年に設置された千葉大学大学院看護学研究科看護学専攻が最初である。6年後の1980年には聖路加看護大学大学院看護学研究科看護学専攻が設置されている。そして、看護系大学大学院博士課程は、1988年に聖路加看護大学大学院に設置され、1990年には千葉大学大学院にも設置されている。

3. 1967年11月「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」改正

1967年11月「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」改正により、看護職教育の基

礎である看護婦課程は、4 専門科目に体系化された。「看護学総論」「成人看護学」「母性看護学」「小児看護学」の 4 科目である。この各分野には専任教員を置いて看護学と看護の専門性を追究する教育を目指したものであった。

改正に至るまでには文部省改善案と厚生省意見との大きな相違が 2 点あった。一つは、一般教育に対する考え方¹¹⁾であり、もう一つは成人看護学に関するもの¹²⁾であった。

議論の結果、一般教育科目は文部省と厚生省の折衷案となり、成人看護学は厚生省意見となり、他は文部省改善案を中心としたカリキュラム編成となった。

以上のように、より看護の専門性を高めるための看護の単科大学の創設や看護教育課程の体系化などに着手されるようになった。

この背景には、前章でも触れた 2 人の外国人の存在がある。戦前の医療は医師中心であったが、この伝統的な医療思想を改革したのは GHQ の公衆衛生福祉部長サムスであった。サムスは、予防からリハビリテーションまでを含む総合保健医療・看護として幅広くとらえ、オルト看護課長は、この新しい保健医療思想の下に、看護婦等の指導者の再教育、現任教育、基礎教育の充実に着手していった。

総合看護の概念はアメリカではなく、1946 年にイギリスで、国民医療サービス法 (National Health Service Act) が制定されたことによる。この法により、すべての英国国民が健康の保持増進、疾病予防から社会復帰に至るまでの総合保健医療 (Comprehensive Medical Care) を受ける権利を有することが示されたのである。

人間を全人的にとらえ、身体的、心理的、経済的側面からその人の持つ健康上のニーズについて専門的知識をもって判断し、健康の保持・増進・疾病予防からリハビリテーションまでの一貫した包括的サービスを提供するものである。したがって、特に保健医療チームの協力・協調が重視された。

このような総合保健医療の概念が広がる中で、看護においてもブラウン・レポート¹³⁾から生まれた健康の保持・増進、疾病の予防、社会復帰、平和な死への援助としての「総合看護 (Comprehensive Nursing)」の概念が広く知られるようになった。

この総合看護の概念は、1967 年の看護婦課程のカリキュラム改正の基本方針として、総合保健医療の立場に立って看護を把握するための技術と理論を学び、理解力と応用力を養うこと、総合看護の考えに基づき、基礎科目・専門科目を構築することが示された¹⁴⁾。

この 1967 年の改定で議論した基礎科目は、一般大学と同様に人文・社会・自然科学の 3 分野の教養科目とされ、選択制になった。また、成人看護学は臓器系統別になるなど、科目構成が変更された¹⁵⁾。

この後のカリキュラム改正は、約 20 年後の 1989 年 3 月に行われ、ここではすべての看護教育の課程が同時に改正されることとなり、社会のニーズへの対応と看護の独自性を求めたカリキュラム改正が行われていった。

教育課程別では、1968 年 12 月には看護婦 2 年課程の改定は行われたが、准看護婦課程の改正は行われていない。准看護婦課程は、1951 年 8 月の公布以降、初めての全面改正がなされ、時間数などが増やされるなどの改正があった¹⁶⁾。科目名は看護婦に準じて、従来の診療科目名から変更され、「基礎看護」「成人看護」「老人看護」「母子看護」と、それぞれの臨床実習が専門科目となった。高校進学率が高くなり、入学生のほとんどが高卒以上であっても、中学卒業を基礎資格とした看護教育が行われ、資格の二重構造の解消には至

っていなかったのである。

その背景には、准看護婦課程は、主に個人病院や開業医を基に人材が供給されていたことや、勤務を実習と連動させるなどの見習い看護婦的な面があったため、22年もの長い間、改善が図られなかったのである。

4. 男性看護職の拡大、カリキュラムの男女同一化

ここでは戦前の看護人の名称変更とカリキュラムの男女同一化についてみていきたい。

戦後には看護改革がなされ、戦前の1915年「看護婦規則」が廃止され、1948年「保健婦助産婦看護婦法」が制定された。1947年には「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」が定められたが、男性看護職については、「保健婦助産婦看護婦法」の附則における準用規定であり、看護人のままの名称で戦前の扱いから変わらなかった。男性看護職については、本則には含まれず、附則として付随的な事項を定めたに過ぎなかったということである。

時期は遡るが、戦前の看護婦規則に準ずる有資格者の看護人数は、1940年で553名であった¹⁷⁾。戦後は、看護婦国家試験の受験や、免許の切り替えを行い新制度の看護人資格を得ることができた。また、戦後の新しい看護基礎教育を受けて看護人（准看護人）資格を得ることもできた。その後、看護人（准看護人）の名称は看護師（准看護師）に変更され、保健士資格が認められ、看護師・保健師へ変わった経緯がある。戦後は、看護制度改革とともに、カリキュラムの男女同一化がなされたのである。

男性看護職は、資格名称や呼称が看護人のままであることへの不満が強くなり、1968年に保助看護準用規定の名称が看護人から看護師に変更された。この背景には、全日本看護人協会¹⁸⁾や、日本看護協会による名称変更の運動があった。

看護師に名称変更されてから34年を経て、看護師に統一された。この間には、さまざまな男女平等政策推進がなされている。

1985年「雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等女子労働者の福祉の増進に関する法律（男女雇用機会均等法）、1987年「看護制度検討会報告書」、1997年「男女雇用機会均等法の改正」、1999年「男女共同参画社会基本法」などがみられ、2001年に「保健婦助産婦看護婦法」が改正され、翌年の2002年から看護婦・看護師の男女別であった名称は看護師に統一されたという経緯があった。

つまり、男性看護職の名称改正は、1960年代頃から当事者による不満の声が上がり、当時の社会で議論されていた男女平等政策推進の流れを受けて、21世紀初頭に性別の差のない看護師に至ったという長い経過があった。

戦後の看護基礎教育におけるカリキュラムの男女同一化の問題は、男子学生の母性看護実習である。男子学生は母性看護実習を精神看護実習に置き換えて履修していた。男女同一カリキュラムが実現したのは、1989年の指定規則改正以降である。

しかし、それまでの間には男子学生に母性看護学実習を行っていた看護学校¹⁹⁾もある。戦後は医療の発展とともに病院における看護が発展していくなかで、男性看護職の職場は精神科に限定されていた。精神科病棟は入院中の妊産褥婦の看護が当然必要となってくるため、母性看護実習を履修する意義は大きいものである。

第4節 結核患者の看護実践

第IV章の結核治療で紹介したように、1960年代前半頃までは職員に対する感染防御の配慮などはほとんどなされていない職場環境で、看護婦は業務を遂行する状況にあった。医療施設内で職員に対する感染防御の配慮がなされていない状況下では、医療者だけでなく患者の健康回復に多大な響を及ぼすことから、病棟の看護管理の課題の1つであったことは明らかである。

看護管理という用語が用いられるようになった背景には、看護の専門性が認識されてきたこともその1つと言えるのではないだろうか。そこでまず、看護管理に関する変遷についてみておくこととする。

1. 結核病棟の看護管理の進展

看護管理は、戦後十数年を経たこの時期において、医師から看護職が担うものへと変遷し、その後、看護管理の重要性について認識されるようになっていった。戦後になって看護管理の考え方を、医師が担うものではなく看護職が担うものへ、取締りではなく一人ひとりを活かすものへ、病院だけでなく公衆衛生も対象とするものへと変化させ普及させていたことがうかがえるとされている²⁰⁾。その後、国民生活が向上し高度経済成長期により病院建築が加速化され、看護管理は病院管理を意味するように特化されていき²¹⁾、1960年代に全国的規模で起きた看護職を中心とした病院ストライキを契機に、医療における看護管理の重要性が自覚されるようになった²²⁾という経緯がある。

したがって、看護管理はこの時代から進展し、後述のこの時代の結核看護の論文にみられるように、その後、結核患者の個別に応じた看護や、安楽な療養生活の提供についての検討がより多くなされ、看護婦の看護管理の認識が看護の改善と質向上を目指すきっかけとなったと推察する。

こうした経緯を辿り、看護婦による患者の療養環境を整備する必要性にもさらに認識が持たれたのではないかと考える。その1つに重症結核患者にとっては命の綱ともいえるナースコールの導入などがなされている。

ナースコールは、1960年代からインターフォン式が導入されている。これまでは、1950年代から用いられた電気式のナースコールで、患者はボタンを押し、廊下に電気がつくだけのものであった。インターフォン式の導入は、「臨床看護以外の無駄な労力を省き、入院中の患者の精神的負担を避けるため」というフレーズとともに登場した²³⁾ものである。

看護用具の導入では、1970年代から、電気湯たんぼ、電気あんか、製氷機、熱風食器乾燥機が用いられるようになった。酸素や吸引が中央化され、メッセージシステムが導入されたことにより、看護業務の効率化が一層進められ²⁴⁾、病院の施設設備の改善が図られるようになった。

2. 1962年～1974年までの「結核」および「看護」に関する論文にみる結核看護の実際

このように、1960年以降はナースコールや看護用具の導入がなされ、結核患者のニーズにより迅速に効果的な対処ができるようになったが、看護の進展が見られる中で、結核患者への看護はどのようなことが行われていたのだろうか。

前章と同様に、この時代の論文から結核看護の実際を明らかにしていくこととする。

1962年～1974年までの「結核」および「看護」に関する論文は、年代の古い医療と看護の文献が多数収載してある国内発行の医歯薬看護系文献の医学中央雑誌 Web のデータベースを利用し、2021年3月1日～3月2日に検索した。検索キーワードを「結核」で検索して得られた文献数は145,754件、and「看護」で3,697件であった。さらに絞り込み条件で収載誌発行年を「1962年～1974年」and「原著論文」とし、136件の論文がみられた。

この136件の論文について、テーマごとに分類した結果、「結核政策」「結核医療」「看護婦教育」「主体が患者」「主体が家族」「主体が看護婦」「看護婦以外の医療従事者」の7項目がみられ、この年代においても「結核看護史」の論文は見られなかった。

各項目の文献数は図7-2の通りである。なお、136件の論文一覧表は、巻末資料4に示した。

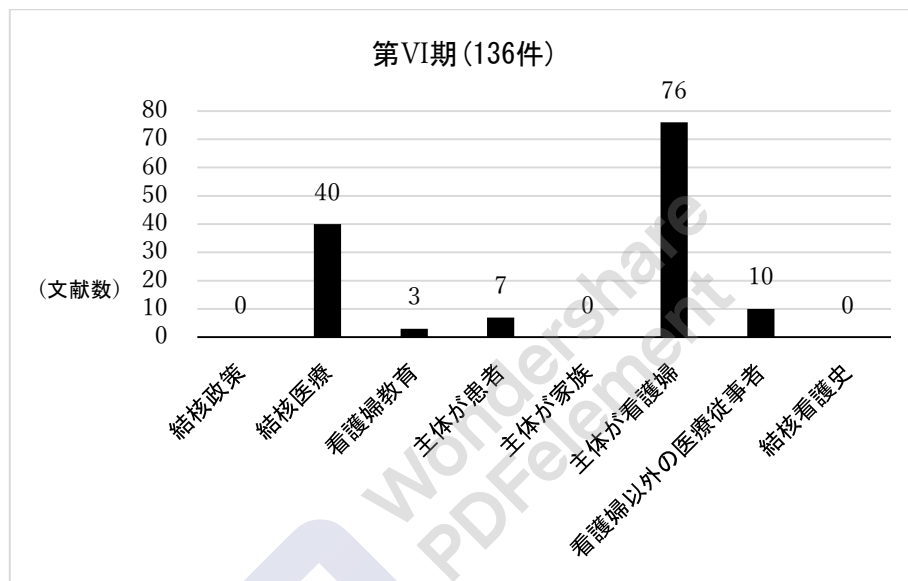


図7-2 1962年～1974年結核看護史第VI期の結核看護に関する文献数

看護師の業務である「結核患者の療養上の世話」および「結核患者の診療の補助」についてみていくために、「主体が看護婦」に関する76件の論文をテーマごとに分類した。

テーマ分類と論文数は次の通りである。

【結核看護の概念に関すること】12件²⁵⁾⁻³⁶⁾、【結核患者心理と看護に関すること】24件³⁷⁾⁻⁶⁰⁾、【外科療法の看護に関すること】2件⁶¹⁾⁶²⁾、【リハビリテーション、退院支援、社会復帰支援に関すること】6件⁶³⁾⁻⁶⁸⁾、【看護管理に関すること】18件⁶⁹⁾⁻⁸⁶⁾、【結核の合併疾患および症状の看護に関すること】11件⁸⁷⁾⁻⁹⁷⁾、【家庭訪問に関すること】3件⁹⁸⁾⁻¹⁰⁰⁾。

これらの論文から、1962年以降は、ますます結核患者の心理に関心が寄せられ、個別のニーズに応じた看護の提供が目指されていたことが分かる。このことは、「結核患者の看護計画」やケースカンファレンスの取り組みが見られ出したことから言える。

そのほかにもナースコールの導入や特に臥床患者の看護用具の改善がなされるようになったことは、看護婦を呼ぶための従来の呼び鈴を鳴らす必要がなく、患者はより安静を保つことができるものであり、こういった設備の充実が図られるようになったことは、看護婦はもとより病院組織全体が患者を中心として医療の充実と患者サービスを目指すようになった表れである。

しかし、後に褥瘡裁判(1974)¹⁰¹⁾が起きているように、重症患者の看護が十分でなかったことが問われている。看護に必要な設備や看護用具は整いつつあるが、看護実践面ではまだまだケアの質のあり方が問われている。

このことに関する看護実践の患者調査では、特に患者に与える影響頻度の多い、清拭と症状悪化時の看護の2項目を看護師が選択し調査した報告がある³⁷⁾。研究対象者は全国7カ所の国立結核療養所に入院中の550名の結核患者としている。2項目とも、さらに15細目に分け、各患者に自己描出をさせ、特に回答頻数の多い項目について掲載されている。その結果は次の通りである。

1) 清拭で最も多かったのは、「使用したお湯がぬるかったので何時までも気持ちが悪く不愉快であったこと」で、女子が多く、安静度別では1~2度が最も多いとある。分析では、清拭に使用する湯の温度より及ぼす心理的影響が多大なものであることを再考しなければならないとある。

この実態から身体冷えを感じるのであれば毛細血管の血流が低下するので、創部によくないことは看護の基本的な知識として知っていることである。しかし、調査結果に留まり、改善したことを看護として実行しなければ意味のないものになってしまう。

2) 症状悪化時の看護で最も多かったのは、「騒音や足音が頭にひびいて不快だったこと」で、年齢別には差異がなく、性別では男子が多く、安静度別では1~2度に最も多い結果であった。その分析では、絶対安静を続けなければならない場合、騒音がつねに意識野に存在して、心理的に有害となっていると考えられるとしている。このことが褥瘡に結びつく問題であるかと問われれば直接的な影響はないにしても、患者の心身を阻害する環境的要因として非常に大きいものである。

これはどちらも看護管理上の問題でもあり、確かに看護チームのありようが問われるものである。重症患者の看護は患者の日常生活のすべての支援が求められ、それを熟知している看護婦は限られた看護体制の中で患者にできることを考え実践してきたのではないだろうか。病棟では看護をよりよくしていこうとする話し合いがもたれ、安静を守れない患者の個別の看護についての検討がなされるなど、1人ひとりの患者を大切にしている。

結核患者のケースによっては、その対応に看護婦も非常に苦労している事実が記されている。

例えば、1969年の鳥取大学医学部附属病院における患者への安静指導についてである。患者の安静の理解は「職場を休んでブラブラしていることかと思い、ある人は眠くなった時にだけ眠ればよい、などと自分の都合のよいように解釈してしまう場合がある」²⁹⁾と、安静の理解が医療者と患者では食い違っていることから、指導の難しさに苦悩している。

禁酒、禁煙指導については、国立療養所中野病院の婦長である飯野は、患者が看護婦にあたることもあり、こういったケースは、患者が素直に受け入れ謝罪することもあれば、見逃してくれる看護婦は思いやりがあると言われることもあるとのことである。いずれにしても看護婦の対応は、入院により自宅療養のようにわがままはできないが、それができないかわりに早く良くなるということを説得し、理解してもらう方法を取っていると述べている³⁴⁾。

入院中の療養生活指導について患者に説明する看護婦は、患者理解とともに温かい包容力がなければ看護婦自身が困惑することに留まってしまおうであろう。

結核看護に 25 年間結核病棟に勤務した前述の飯野は、自身の経験から看護のポイントを 6 つ挙げている³⁴⁾。

第 1 番目は、結核患者を特別に管理する理由である。医師の指示を守らず勝手なことをして死に至る患者もいるが、その場合、結核の場合はその間に周囲の未感染者にうつす可能性が十分あるため、患者をしっかり管理していく必要がある。

第 2 番目は、患者の自己管理が十分でない場合には、周囲への感染の危険性があるため、新しい患者の発生を防ぐためには結核患者を療養所に入院させ、指導していかなければならない。

第 3 番目は、医学がいくら進歩してもまだ結核は完全に治る病気ではないこと、現在の化学療法はそれほど強力なものではない。医師から軽症でも 1 年～1 年半くらいの療養が必要だと言われたら、2 年～2 年半は薬を飲む期間が続くことになる。

第 4 番目は、患者自身の病気に対する意識が少ないことがこの病気の特徴である。あまり苦痛でないために途中で治療をやめてしまうことがあるので、内服継続の大切さについてしっかり教育していかなければならない。

第 5 番目は、治ったからといって、再発がないとは言えない。その後も十分に定期的な観察が必要である。

第 6 番目は、結核が治っても患者の機能面、心理面で健康者に比べて大きなハンディを残すことがある。これらの障害から、周囲の人から回復者であることを理解してもらえない場合がある。ケースワーカー、地区の福祉と連絡をとって、患者の管理をしていく必要がある。

飯野は、この 6 つの看護のポイントとともに、結核の場合は周囲へ感染させないために、治療が終わって退院してからも社会に対する配慮や、途中で治療を嫌がらず継続していかなければならないことを、入院中に十分教育しなくてはならないと述べている。

では、看護婦が対応に苦慮する患者の看護は、どのようになされていたのか気になるが、病棟内では患者対応の検討として、ケースカンファレンスの取り組みがなされている。

このカンファレンスは、業務整理によって捻出した時間に複数の看護婦が集合し、顔を突き合わせて、看護上の問題を抱えているケースについて解決策を検討するものである。それぞれの多様な考えを互いに受け止め理解し、よりよい看護提供を考えていくことから、看護婦間のチームワークを高め、患者個々のニーズに対応できるという相乗効果が得られ、看護管理としても重要な意味を持つ。また、ケースカンファレンスの導入は、従来、行なってきた個人の看護から、チームで協働するチームナーシングへと変化しつつある時代とも捉えられる。看護目標をチームで考え、看護計画に沿ってケア提供することが進むにつれ、看護婦のチーム力も強化され、職員間の人間関係の改善や、患者への看護提供にも細やかな配慮が見られるようになるものである。

そのほかにも、長期結核療養患者の自立支援が挙げられている。患者に退院の日を知らせると、退院を嫌がる患者が見られる問題である。特に長期入院患者は入院前とは違い体力が低下し、もとのような生活に戻るには非常に困難を要するからである。患者は思うようにならない自身の身体と対峙し、社会復帰への不安や、やがて生じてくる経済的困窮についても苦悩し、心から退院することを喜べないのである。そうした患者への支援として、入院中から社会復帰を目標として、医師、看護婦、リハビリテーション部門、ソーシャル

ワーカーなどと医療チームの連携をして、患者の自立支援策を検討されるようになってきたのである。

これは前述したように、1960年に入り健康の保持・増進・疾病予防からリハビリテーションまでの一貫した包括的サービスを提供していく総合保健医療の取り組みがなされるようになったからである。この総合保健医療を循環させるためには、保健医療チームの協力・協調が求められたのである。

また、看護の分野においても1967年の看護婦教育課程のカリキュラム改正の基本方針に総合看護の考えが導入され、これに基づいて、基礎科目・専門科目の構築がなされ、臨床看護においては健康の保持・増進・疾病予防からリハビリテーションまでの一貫した包括的サービスを提供していくために、保健医療チームの一員としての協力・協調が重視されている。

このように臨床看護も多角的な視点から1人の患者の看護を考え、多職種との協働が重視されるようになり、看護もより専門性が問われるようになったのである。

そのような中で、1962年～1974年までの論文から、結核看護において特に注目すべきことは、次の4つであると考えられる。

1つは、結核患者が高齢化し合併症を持つ患者が増えたことである。

東京の虎の門病院では、結核患者の高齢化とともに心臓病、糖尿病、腎臓病、高血圧症などの合併している患者が増加し、35%くらいを占めていることが報告されている²⁸⁾。そして、いずれにせよ、長期入院の経過をとったのちには、退院後の自宅療養、社会復帰などが問題となり、患者にとってはこの療養期間が大変苦痛となることから、一日でも早い社会復帰ができるように支援したいと看護の方向性を述べている。退院までの流れは、治療においては結核治療と合併症の治療が並行されること、この病院では結核菌が陰性化し3カ月で外来治療となるため、合併症の治療や機能訓練を必要とする患者においては、この病院の慢性回復期治療センターへ転院し、教育入院及び機能訓練が行われ退院の運びとなるそうである。したがって、合併症を持つ高齢者の場合は必然的に入院期間が長くなる傾向にある。

このように、特に慢性疾患を持つ患者は療養期間が長くなるが、気がかりなことは、この病院の入院中の患者への認識調査により、「自分の安静度を知らない」が35%もみられていたことである。看護婦は入院時からその都度指導していたにもかかわらず、この結果に落胆しているが、患者の年齢層が高齢に傾くほど、繰り返し説明することがおのずと必要になるものである。看護業務も日常生活の支援に加えて合併症治療への介入と患者への指導回数が増え、患者が前向きになれる励ましなど、ますます病棟での看護管理が求められるようになったことはうなづける。

また、長期療養者は病状の違いとともに、心の悩みもさまざまであり、ここに患者心理を重視した精神看護の重要性があること、心の治療はただ一つ、温かい理解と励ましにあるとしている³¹⁾。

2つ目は、入院中の結核患者のニーズについて重視されるようになったことである。

これは、より患者の個別に添った看護実践を目指したものである。また、このニーズは、単に患者の要求に応じるという意味でなく、専門的知識をもって判断できることが求められるので、看護婦の病態生理の知識のみでなく、看護技術に関する知識や根拠のある実践

力を有しておく必要がある。したがって、患者の訴えに対して症状の原因を理解し、その原因に応じた対処ができなければならない。このようなことが専門的知識をもった判断の1つとなるなど、看護の専門性の向上とともに、1人の人間に対する尊厳のある看護実践として個別の看護が重視されてきたのである。

3つ目は、結核患者の心理の理解に基づいた個別の看護を探求するようになったことである。心理調査の目的の多くは、結核患者が療養生活に希望を持ち、療養に専念できるようになることを期待したものである。1963年の国立結核療養所共同年報では心理的面接研究グループによる報告が見られる³⁸⁾。この研究者は、全国の10カ所の国立結核療養所の「心理的看護研究班」としてあり、各施設の看護部門の責任者である総婦長により構成されたグループであった。研究対象はa)手術前3～5日ぐらいの患者、b)新入所患者、c)重症患者、d)何か問題をもっているらしい患者とし、男性24名、女性19名の計43名に面接調査した結果が報告されている。

患者が問題としている内容については、以下のごとく男女別に列記している(表7-2)。

表7-2 面接時に患者が問題とした点

第3表 面接時に患者が問題とした点	
(男子)	(女子)
1. 病気に対する強度の不安	1. 現在社会福祉養護施設入寮中、家庭環境により生じた問題に悩む
2. 多年療養のため家長としての責任が遂行出来ぬこと	2. 所内にて生花を習うようになり、気持が明朗になった
3. ある程度の病状の説明とか療養指導がほしい	3. 自分の力では変化させることの出来ぬ現実に対する心の持ち方
4. 手術後の経過不調のため希望消失したこと	4. 長男が以前に肺結核に罹患し現在会社の本採用のための身体検査をうけることについて
5. 療養が予定より長期になって生じた焦燥感	5. 健保の打ち切りに対しての今後の入院料の問題(複雑な家庭)
6. 退院予定不明のための不安感	6. 信仰(とくに新興宗教)に対しての安定感
7. 在学中に発病し、早く病気回復し勉強がつけたい	7. 退院後の住居の問題
8. 退院後の住居に対しての不安感	8. 商売不振、命令入所不承認などからくる療養費の問題
9. 病状を主治医より説明されてもなお強度の不安感のあること	9. 長男が金銭を扱う勤務場所にいるための不安感
10. 自分の気持を看護婦はよく知ってほしい	10. 結婚生活が出来るだろうかという悩み
11. 自覚症状もなく、精神的煩悶もないのに不眠持続による不安感	11. 今後の療養のみとおし
12. 今後の療養生活が長くなれば経済的問題に困難が生ずる	12. 経済的ないろいろな問題
13. 手術が近く施行されることに対する異常なる執着	13. 手術が出来ないかも知れないという不安感
14. 複雑な家庭状況のため療養に専心出来ぬ	14. 病状に対する不安感
15. 虫歯のため殆んど咀嚼困難(病状上治療受け難く)を悩む	15. 手術後におこる内科的疾患に対しての不安
16. 手術に対する不安感、手術後の経過に対する不安	

この結果より、患者はさまざまな健康上の不安や治療上の不安、経済的な不安などを抱え療養していたことが明らかである。

考察では、「患者は個個それぞれのなやみを持ち、そのなやみの故に気分がすぐれず、療養に専念もせず、何かをぶっつけたいような焦燥感にふり廻されているかのようである」と、看護婦が患者心理を知ることができたことにより、今後よい看護ができる期待に胸を

膨らませていたとしている。また、患者との面接による効果も示されている。「殆んど患者がある程度の親和感を看護婦に抱き、今後の療養に希望とか明るさとかを持つようになったことは大きな成果であった。また患者にとって面接してくれることは、誰かが自分のことを気にかけてくれているのだという安心感がでて、心が明るく平静になったようであるし、二回三回と話しているうちに心のしこりもすっかりなくなり、療養によいえいきょうをもたらすのではなかろうかと期待できる」と研究成果を報告している。

また一方、看護婦においても「看護婦も話して行くうちに親和感が生まれて、患者が何でも話すことにより患者の心理を充分把握できるようになり、今後の看護をどのように行うかという示唆を与えられて、毎日の看護に生甲斐を強く感じるようになるのではなかろうかと思う」と述べている。

おそらく、これまでは面接によって患者の声を聞く時間を持つことはほとんどなかったと推察する。

しかし、実際に面接に取り組んだことにより、患者は看護婦と1対1で話ができて、そこで自分のさまざまな悩みなどを打ち明けることができ、看護婦に親身になって聞いてもらえることで不安を軽減できる一助となっている。また、看護婦にとっても個別の患者心理を理解した看護ができるというやりがいを感じる事ができている。

この研究報告が全国の国立療養所の総婦長によるグループ研究ということから、臨床では、さまざまな患者の反応や行動に苦慮し、看護婦と患者の人間関係にも支障が見られ、日々の看護上の大きな問題であったことを知ることができる。また、看護婦と患者関係は決してよいとは言えない状況にあったが、こうして面接を通してお互いの心を通わせることができたことから、結核看護は人間関係を基盤とすること、それには両者の気持ちの交流が不可欠であったと言える。

次に、看護場面における、A「便器（尿器）使用時に病人が不愉快に思ったこと」、B「手術前後の看護上に病人が不愉快に思ったこと」の2項目について調査した報告がある³¹⁾。

この調査は、結核心理的看護共同研究班により、全国の国立結核療養所6施設の入所患者において、A項目310名、B項目297名を対象に、男女別、年齢別、安静度別に区分し調査されたものである。それぞれの調査項目は、患者側からみて特に問題となるものを取り上げ、各25項目が研究班の討議を通して設定されている。対象の患者には、項目ごとに「かなりあった」「少しあった」「なかった」の3件法で、質問紙法により調査されている。

A・Bの調査項目は、図7-3の通りである。

この設問から、国立結核療養所の看護管理者は、日常の看護における排泄時の看護のありようと、手術療法を受ける患者について、看護上の問題点を具体的に把握していることが読み取れる。看護を受ける患者の身になって問題点を詳細に挙げられていることに感銘する

調査結果より、A項目では、「便器、尿器が冷たくて不愉快だった」、「便器を使用した後、頼まなければ手洗いの準備をしてもらえないとき」の2項目が約20%の高率を示していること、どの項目においてもそれぞれの看護面よりもたらされるものであり、患者はここに強い心理的看護を求めているとしている。そして、病床にある患者の多くが、最も精神的に苦痛を感じ嫌がることは、便器、尿器の使用であることは熟知しているとし、このような患者の心理まで深く立ち入って、心理的なことも加味し、細心の注意と工夫を凝らして

処理し看護すべきであると述べている。

表 4 (A) 便器(尿器)使用時に不愉快に思ったこと

■かなり □少 し

No	項 目	回 答		
		10	20	30%
1	便器、尿器が冷たくて不愉快と思ったとき	■	□	□
2	便器使用后よく拭いてもらえず、気持が悪くて悲しく思ったとき	■	□	□
3	使用后湯タンゴや蒲団の位置を直してもらえず困ったとき	■	□	□
4	便器を片付けた手で、すぐ用事をされたとき	■	□	□
5	便器、尿器のふちの欠けているのを使用させられて不愉快だったこと	■	□	□
6	便器を使用した後、頼まなければ手洗いの準備をしてもらえないとき	■	□	□
7	便尿器の使い方を教えてくれないで、置きっぱなしにしてゆかれて困ったとき	■	□	□
8	下痢をしているのに便器を頼んでも、すぐもって来てもらえず困ったとき	■	□	□
9	用便がすんで知らせたのになかなか後始末に来てもらえず臭が鼻について不愉快だったこと	■	□	□
10	ゆっくり時間をかけて使用していたら「まだ？」といわれせかされているようで不愉快な思いをしたとき	■	□	□
11	使用前後に必要以上に露出されるとき	■	□	□
12	便器を頼んだらいやな顔をして返事され不愉快に思ったとき	■	□	□
13	便器の後始末をいやそうな態度でされたので不愉快に思ったとき	■	□	□
14	便器の挿入が不充分のため満足に用が足せなくて困ったとき	■	□	□
15	便器被いが汚れていて便器まで汚れているような気がして不愉快だったこと	■	□	□
16	大部屋で便器を使った際スクリーンをしてもらえなかったとき	■	□	□
17	便器を使った後覆衣、ソーツが汚れたのにすぐ交換してもらえず不愉快だったこと	■	□	□
18	インターホン応待に「便器ですか！」と何回も聞かれたとき	■	□	□
19	生理時に「尿の回数が多いですね」といわれて困ったとき	■	□	□
20	便器の洗滌が充分でなく不愉快だったこと	■	□	□
21	用便中に回診や面会人を通されたとき	■	□	□
22	手荒く便器を挿入されたので、とこずれがいつまでもいたくて不愉快だったこと	■	□	□
23	便器を時間的に定めて使用されたとき	■	□	□
24	裸の便器のまま汚物を捨てにくいのに出合って不愉快だったこと	■	□	□
25	便器使用中看護婦が、側で待たせられるとき	■	□	□

表 6 (B) 手術前後の看護上に不愉快に思ったこと

■かなり □少 し

No	項 目	回 答		
		10	20	30%
1	手術に関する説明を充分にしてもらえないので不安に思ったこと	■	□	□
2	苦痛を訴えても「我慢しなさい」といったり「医師の指示がないから」と処置をしてもらえなかったとき	■	□	□
3	床頭看護(個人看護)の看護婦の足音が高かったり大きな声での話声や申送りが不愉快だったこと	■	□	□
4	腕の運動やマッサージのとき乱暴に扱われて不愉快だったこと	■	□	□
5	術前の不安な気持ちを理解されず、こまかい心くばりをしてもらえなかったとき	■	□	□
6	看護婦が不安な表情をしたので一層不安に思ったとき	■	□	□
7	術後、自覚症状がまだ残っているのに、充分な説明もなく離床を促されたとき	■	□	□
8	痰が出せなく困っているのにただ傍に立っているだけで頼まなければ何もしてもらえず悲しく思ったとき	■	□	□
9	切れない剃刀で剃毛されたため痛くて不愉快だったこと	■	□	□
10	術後の床頭看護(個人看護)がしてもらえなかったとき	■	□	□
11	前の患者さんは「ああだった」とうだった」と比較されて不愉快に思ったこと	■	□	□
12	絆創膏かぶれて痒くて困っているのに処置をしてもらえなかったとき	■	□	□
13	苦しんでいる時楽になるよう工夫してもらえず悲しく思ったとき	■	□	□
14	体位変換のとき「もっと静かにしてほしい」といったら「我慢しなさい」といわれ悲しかったとき	■	□	□
15	術後、人の出入りが気になり、周囲の協力を求めてほしいと思ったとき	■	□	□
16	麻酔がかかっているときに言ったことを醒めてから、からかうように言われたとき	■	□	□
17	「面会謝絶」の札を手術前日より掛けてもらえなかったので、人がたくさんきて疲れたとき	■	□	□
18	術側の腕が痛くて自分で挙げられないのでマッサージを頼んだら嫌な顔をされたとき	■	□	□
19	床頭看護(個人看護)の看護婦がたびたび席を離れたので不安に思ったとき	■	□	□
20	肩の変形や創あとなどに対して劣等感をおぼえるような事を言われたとき	■	□	□
21	医師看護婦によく見廻ってもらえないので不安に思ったこと	■	□	□
22	酸素や吸引器等の取扱いが充分わからない人がいて不安だったこと	■	□	□
23	麻酔がはっきり醒めてないと思ってかいたりのないことを言われたとき	■	□	□
24	長い時間のかかる処置(輸血等)に楽な姿勢にしてもらえず苦痛だったこと	■	□	□
25	ガーゼ交換を予告なしにされて困ったとき	■	□	□

図 7-3 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966.03) 結核患者に対する心理的看護の研究(2)(1)看護場面に於ける心理的実態の実証的研究(2), 国立結核療養所共同研究年報 4 卷, 98.

B項目では、「手術後の人の出入りが気になり周囲の協力を求めてほしいと思った」が高率を示したことから、これは術後の看護管理における物理的ならびに心理的環境調整の問題であるとしている。また、「手術に関する説明不十分より来る不安」の問題について挙げており、この問題は単に看護の面のみで解決できることではなく、医師との協同的態勢を必要とし、われわれが総合的医療の重要な一環となっていると述べている。

これまでは「総合的看護」の用語はみられたが、「総合的医療」という用語は検索した文献においては、この1966年の論文で初めて見られ、ここで「協同」という、力と心を合わせて事にあたるという意味の言葉が用いられている。

以上から、看護は患者心理を理解することが重要であることに加え、手術という治療においては看護婦だけでは解決できないこと、不安を伴う手術を受ける患者を支えるためには、さらに医師との連携の必要性が認識されてきたことが分かった。

このように、よりよい結核看護のあり方について探究されていた一方で、看護婦にとって最も問題となっていることの報告がみられる。

これは、国立結核療養所の看護婦548名を対象とし、結核患者に対する看護婦の心理的な態度を知ろうと取り組まれた調査である⁴¹⁾。これによると、看護婦側からみた問題は2点に絞られるという。

つまり、日常の看護において「気むずかしい患者に接する場合」と「規則をみだす患者」への指導である。また、このようなケースを特殊な患者の問題点として具体的に検討したとされている。

患者が気むずかしいことは、性格的なものとして捉えてあり、その対応は、「気にしないようにしている」30%、「親切に指導している」32%で、「時にはおこりたくなる」35%と報告している。

病棟の秩序に関することでは、無断外出をした患者に対して、「反省をうながす程度」とした者が62.5%と最も多く、消灯時間を守らない患者には、「様子をみて長ければ注意する」79.5%と、看護婦の患者への強い態度はみられなかったとある。

患者に接する態度では、やさしい態度や言葉づかいが大事であるが約半数を占め、患者との親しみは、約半数以上の者が、なれすぎない態度がよいとの回答が記されている。そして、日頃、特殊な患者の反集団的に悩まされているために、自然に問題となるが、これに対する看護婦の態度は、全般的には合理的かつおだやかであるとしている。また、患者に接する場合には、細かい配慮が払われていることを認めたとあるが、患者の行動の理由については調査に至っていない。

しかし、この調査より、日々患者の看護を行なう看護婦は、気むずかしい患者と病院の規則が守れない患者に手を焼き、非常に苦慮していることを知ることができる。

このように、患者の態度面についての調査がなされている一方で、看護婦側の「患者に対するナースの態度について」問題提起され、その実態を調査した報告がなされている。

この調査は、先の調査において、全国43施設の患者に自己の受けた看護の中で、最も強く感じた「嬉しかったこと」と、「悲しかったこと」について、それぞれ1場面ずつ自由記述による回答を求め、その記述内容を類似項目ごとに分類整理した結果、「看護婦の態度」が最も多く訴えられていたと報告している。この研究背景から看護婦の態度に着目し、新たに各15項目を設定し調査されている。この調査項目は、患者側よりみて特に問題になる

意見と、ナースの意見も併せて取りあげ、結核心理的看護共同研究班により、数回の討議を経て、それぞれ 15 項目の調査項目を決定したとされている。回答は、「かなりあった」、「少しあった」、「なかった」の 3 件法で質問紙調査されたものである⁴³⁾。

調査結果は、図 7-4 に示した通りである。

表 3 (A) 嬉しかったこと (総合計評点表)

No	項目	回答				
		20	40	60	80	100
1	無理なのみを、笑顔でもらったとき	31.5				80.6
2	我儘を言っても、親切に指導してもらったとき	36.9				68.0
3	ずりおちそうな布団を何気なくなおしてもらったとき	30.9				81.0
4	衣類のはころびをみつけて、早速縫ってもらったとき	19.7				72.5
5	ベット近くに陽がさすとき、カーテンをそっと引いて去られたとき	47.6				53.0
6	何気なく、お花の水など交換してもらったとき	29.5				64.0
7	同室で他の作事中、咳で苦しんでいるのを見て「咳が強いんですね」と云って背中をさすってもらったとき	31.3				62.9
8	検査を受ける前に、いろいろと詳しく注意してもらったとき	36.2				69.4
9	床頭台の整理をしながら、優しい言葉で話しかけられたとき	29.1				82.6
10	頼んだ事をすぐに実行してもらった時	13.4			111.3	
11	しかられると思っていたのに、やさしく注意された時	44.8				53.7
12	悩み事で苦しんでいる時「何か心配ごとがありそうですね」とやさしく問いかけられたとき	34.9				60.8
13	新しく入所した不安なとき、自分の名を親しげに呼び親切にされたとき	36.0				73.2
14	朝の挨拶を気持ちよくしてもらったとき	12.9				120.6
15	短い時間でも話し相手になってもらったとき	25.7				98.8

表 4 (B) 悲しかったこと (総合計評点表)

No	項目	回答				
		20	40	60	80	100
1	熱がでてても、頼まないとい氷枕を持ってきてもらえなかったとき	52.3				50.3
2	安静時間中、看護婦の靴音や話し声が高かったとき	35.7				76.6
3	苦痛を訴えてもノイローゼとか神経質だとか言われて相手にされなかったとき	56.0				48.6
4	相談しても、そっけない態度をとられたとき	55.4				45.9
5	特定の人にのみ親切にする様な態度がみえたとき	47.5				61.7
6	勤務交替した看護婦と出合っ、知らん顔をされたとき	55.2				47.1
7	名前をいつまでも覚えてもらえなかったとき	75.7				14.4
8	用事をたのんだのに返事もせず、そのまま部屋を去られたとき	58.6				40.1
9	頼んだ用件の結果を知らせてもらえなかったとき	44.2				58.2
10	自分の面会人に対して冷淡な態度をとられたとき	75.6				19.7
11	看護婦自身の悩みを病室までもちこみ憂うつそうな顔をされたとき	66.5				29.7
12	病室の近くで、自分の噂を大きな声でされたとき	73.8				21.7
13	退庁時間が近づくと、何となくそわそわとして、患者から離れようとする態度がみえたとき	53.6				46.2
14	ベットの下の上履を、靴やほうきで動かされたとき	50.5				52.2
15	言葉づかいが悪く、乱暴な言い方をされたとき	51.7				50.1

図 7-4 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966.03)結核患者に対する心理的看護の研究

(3) (1)看護場面における心理的実態の実証的研究(3), 国立結核療養所共同研究年報 4 巻, 116.

A 項目「嬉しかったこと」、B 項目「悲しかったこと」としている。対象者は、国立結核療養所の 6 施設の入所患者中、A 項目は 553 名、B 項目は 543 名として、男女別、年齢別、安静度別に区分し、ほぼ同数となるよう選定された調査である。

各項目で上位 3 項目を見た結果、A 項目の「嬉しかったこと」は、「朝の挨拶を気持ちよくしてもらったとき」、「頼んだことをすぐ実行してもらったとき」、「短い時間でも話し相手になってもらったとき」である。「朝の挨拶を気持ちよくしてもらったとき」については、

安静度、年齢別、性別等に特別の差はみられず、極めて平凡と思われる朝の挨拶が、療養に精神的な影響を及ぼしていることを痛感したとある。また、このことは、一般的な対人関係の上からも大切であることを深く考えさせられたとしている。

B 項目の「悲しかったこと」は、「安静時間中看護婦の靴音や話し声が高かったとき」、「特定の人にのみ親切にするような態度がみえたとき」、「頼んだ用件の結果を知らせてもらえなかったとき」である。「安静時間中看護婦の靴音や話し声が高かったとき」については、安静度 1～2 度が 69.9%と高率であり、この解決について、安静時間中は医療職員も協力し、環境面に考慮して患者が心身ともに安静ができるように努力することが必要であるとされている。

この調査から、心理的看護とは難しく扱いにくい患者ばかりについてではなく、このような平凡に見える中に、いわゆる「臨床看護」にとけこんだ心理看護があるということが立証されたとあり、また、無意識であった言語、態度に注意しなければならないことを再認識し今後の看護に役立てたいとしている。

このことから、これまで心理的看護の対象者を、前述の特殊な患者として表現されていたように、看護婦からみれば、気難しく、病院規則を守らない患者などへの看護に注目されていたが、日常業務において人として自然に行っている朝の挨拶などの振る舞いが、患者の心理面を支える看護となっていることに改めて気づかされている。また、結核患者が喜んでもらえる看護は、特別なことが求められているのではないという視点を持つことができるようになりつつあることが、この報告から推察できる。

では、重症結核患者の場合にはどうであろうか。重症患者は複雑な心理的雰囲気にあるとして、限界状況にある患者として表現されている。この患者への精神的看護を求めて取り組まれた興味深い研究がなされている。

この調査も国立結核療養所の結核心理的看護共同研究班による 1966 年の報告で、研究目的は「現時点におけるナースのもつ心理療法的技術に関する実態の考察」⁴²⁾である。下記に示す 7 つの場面を設定し、臨床ナースとしてのそれぞれの応答を 300 字以内に記述する形式をとったとしている（資料 7-2）。

この 7 項目は、重症結核患者との対応場面で看護婦もその返答に苦悩していた発言であると受けとめられる。

この結果は、図 7-5 に示されているように、説得的技術が最も多くとられ、全体の 50% を占めていること、次に理解的方法がとられ、受容的ならびに支持的技術は、それぞれ 8% および 9% しかとられていないと報告している。これは、日常の患者指導において説得的方法をとってきた習慣的な傾向であろうと考えられるとしている。そのほかにも。患者の心理把握の不十分なことにより、多くの場合に表在的に医学的知識を基盤とした説得または評価、解釈に終わっている例が多いと分析されている。調査のまとめには、「臨床ナースの持つ理念としては、深い人間性による共感性を基礎として、患者と共にナース自身が人間というものを考えるという行き方が、問題解決へのその一つの方向を指向しているものと認められた」と結んでいる。

特に「説得」に関しては、患者の立場に立って心得ておかなければならないことについて指摘がなされている。病棟婦長などの管理的な立場のナースが、病人に向かってものの考え方についての説明がなされることが多く、「じっさいには、やさしく病人を説得したつ

3)。

表 7-3 「患者のアンケートから」

患者のアンケートから	
問1 結核患者を看護する看護婦は、結核患者の心理について考慮する必要があるか。(%)	問4 療養に対する心構えと結核特殊療法とずれが病人の立場からすると先行するか。(%)
(1) なるべくもう少し考慮してほしい	39.5 (1) まず心構えである
(2) もっとうんと考慮してほしい	39 (2) まず特殊療法である
(3) 考慮の程度は今までどおりでよい	15.2 (3) その他
(4) あまり考慮しなくてもよい	1.5
(5) 全く考慮しなくてもよい	0.8
問2 療養中の気持ちの持ちよう心構えは症状の経過と関係があるか。	問5 病気の予後に伴う気持ちの明暗は、医療従事者の言動により影響を受けるか。
(1) かなり関係があると思う	42 (1) 受ける時も受けない時もある
(2) 非常に関係があると思う	37 (2) 非常に影響を受ける
(3) 何とも言いきれない	14 (3) かなり影響を受ける
(4) ほとんど関係ないと思う	2 (4) あまり受けない
(5) あまり関係ないと思う	3 (5) ほとんど受けない
(6) その他	2 (6) その他
	2 (結核患者の精神衛生)
問3 他人に相談できない苦悩は何か。	
(1) 経済的な問題	33
(2) 家庭内の複雑な問題	19
(3) 病氣悪化の心配	16
(4) もっと外の事柄	15
(5) 他の同病者間の不愉快事	7
(6) その他	6
(7) 性の問題	3.5

この調査の考察はなされていないが、特徴としては、結核患者の心理について、「もっとうんと考慮してほしい」が約4割で、病気の予後については医療従事者の言動が患者の気持ちの明暗に影響している。「非常に影響を受ける」と「かなり影響を受ける」がどちらも大差はみられないものの、これも4割を占めている。他人に相談できない苦悩の中では「経済的な問題」とした患者が多い。また、患者自身の療養中の気持ちの持ちよう心構えは症状の経過と関係があるとした患者は「かなり関係があると思う」と「非常に関係があると思う」と回答した患者が、これも約4割を占めている。このことから、看護婦には療養中の患者の思いを聴き、気持ちにより添った対応が求められていること、また、療養中の気持ちと心構えについても看護婦の言動が大きく影響するとあり、このような患者対応への示唆が示されている結果であった。

患者対応への示唆が示されている結果である。こういった患者心理は、詩という作品にも表出されていることが紹介されている。

この詩は、患者F・重症と記されている患者の作品である(資料7-3)。

この患者は長期療養者で、次のように解釈している。

昨日の彼の死が今日はわが身に……たえずそんな不安の入り混じった毎日なのであろう。私たちは、他の患者さんへのショックを気遣い、深夜の咯血などには特に注意して立ち回るのであるが、患者さんはやっぱりそれらを敏感に受けとめる。また美しいもの、きれいなものへの感激もすぐかき消されて、現実にある自分の苦痛のみが彼のすべてになる。

そして、患者には明るい未来がないこと、未来を思うときには必ずそこには暗い死の影が頭をもたげるからであり、こういった見通しが立たない状況に置かれているからこそ、わがままであり、ひねくれており、理屈っぽく、自分勝手に寂しい顔ばかりしていると記している。

患者F・重症

“深夜”

静かな秋の夜 ドアの開く音が2～3回
 氷を割る音 ドクターとの会話
 誰であろう この深夜の咳血は
 あの凶事 あの紅黒い無気味な色
 苦痛を想像する
 痛烈なショックだ

“病床の秋”

萩深く山裾 立ち並ぶ病棟
 父母妻子の便りを見てひたすら涙ぐみ
 牛乳をのみ果物を食す
 読書もつまらなく窓外を眺め
 紅葉の山々に向かって笑ってみたが
 日々はやっぱり苦痛である
 イチョウの木に淋しくもたれ
 いつまでも療友のギターに聞き入る
 しかし
 病床の秋はやっぱり苦痛である

資料 7-3 「患者F・重症の作品」

このような限界状況にある患者への看護婦の態度について、次のように述べている。

限界状況における患者さんの看護に当たっては、各人の病状などに応じて趣味や特技を生かし、自分も何かできるんだという自信を持たせること、また自分が何らかの形で社会のためになっているのだということを自覚させ、その存在価値を認めさせること、ドクターやナース、療友間でよい人間関係をつくりあげ、療養生活をより楽しく意味あるものにもっていくべきではないかと思う。

詩を書き文集を作成する取り組みが、1つの患者心理を支援する看護として行われるようになってきたことは、重症結核患者が何らかの趣味を持つことにより、限られた人生に生甲斐をもち患者の生を支えることにつながっていることが看護においても明らかになり、看護を進めていく上で大切な取り組みとして行われるようになってきたということである。

重症結核患者が趣味を持つことの意義については、深津により次のように記されている。

一般に病人の趣味というものは、われわれの側からみれば、それほど重要な意義があるようには考えられていない。たんなるひまつぶしとか、ものずきぐらいに見のがされがちである。ところが、身体的に重症なために、体を動かして働き、そこから生活しているという実感をつかみ得ない病人にとっては、健康人が考える趣味についての概念とは異なったものをもってくる。

それは、まったく自然な現象であり、たんに興味による趣味ではなく、趣味といわれるものの中に、病人は自分の生活の意義を見いだそうとつとめ、そこから生きているという実感をもとうとさぐっているわけである。

趣味とする俳句では、次のように記されている。

俳句をつくるということは一つの形態であって、もっと重要なことは、この病人が俳句づくりによって自分の病状の経過を、自分の人生をどう考えようとしていたのか、という眺め方をナースの方々がもたれたとすれば、それは病人への人間学的看護への

第一歩といえよう。

これまで見てきた患者調査にあったように、看護婦が質問紙を作成した調査なども患者心理を理解する有効な方法の1つではあるが、患者が綴った詩や俳句は、さらにもっと深い患者一人ひとりの心情を察することができ、また、理解することができるということである。

また、単に患者の心理のみを取り上げて心理的看護をするということについては、「病人心理に対する心理的看護をなすと同時に、病状に対する臨床看護をさらに徹底して行うという両面方法が、きわめて有効である」、「心理的看護というものは、ただ病人心理のみを抽出して、そのみに対処するものではなく、心理的看護は必ず臨床看護技術とからみあっているものである」、「ある病人の他の病人とのかけはなれた心理的行動のみをとりあげて、それを他の病人の心理的行動に一致させよう、すなわち病人の心理的行動の規格化の方法を、毎日カンファレンスすることのみが最大問題とはいえないのではなかろうか」⁴⁹⁾との指摘もしている。

その他にも、看護の現状をとおして大切にすべきことの指摘をしている。⁴⁷⁾

私たちは、患者のインタビューやアンケートなどを参考に、あるいは本を読んだり、問題を討議したりして、患者の精神看護の面に領域を広げ、現在の段階より僅かでも良い看護にと努力しております。しかし、よりよい看護にもっとも大事なものは、技術面はもとよりですが患者との心の交流であり、その根底をなすべき相互の信頼感があります。信頼を得なければ、いくら技術がすぐれ知識が豊富でも、患者の心をつかむことは困難でしょう。

信頼とは不断の積み重ねによって生まれます。これにはいろいろな要素も含まれるでしょうが、誠実さと患者への愛情をもって技術を磨き、深く広い知識をもって正しい治療態度を指導する、その心構えが信頼を生むと信じます。またその上で私たちは、機械的職業意識に走らず、常に敏感な共感性とともに、冷静適切な判断力を養ってゆかねばならないと思うのです。

結核看護は、患者を理解した看護の実現を目指し、心理面に注目してきた経緯があったことは違いないが、患者理解とそれにより添える看護技術の実践が伴わなければならぬという見方もなされていたのである。

その例として、疼痛を伴う褥瘡交換について挙げられている。

臥床したままの病人に対するきわめて深い人間的な共感のうえに自然科学的な規則にのっとり、その時には病人が疼痛で顔をゆがめても細心の注意のもとに敢然と行ない、そのあとでやさしく病人を慰めはげましたとしたら、これはまことに立派な看護といえる。そうなれば、疼痛は疼痛として感覚的には存在するが、毎日のガーゼ交換を病人のほう待つようになり、疼痛はあるが苦痛とはなくなる⁴⁹⁾。

確かに、このような看護は、看護婦の患者心理の理解と患者が看護婦の人間力を認めていること、そして、このことを基盤に人間関係の構築がなされた上での的確な看護技術によるものであり、苦痛を伴う処置を患者も受け入れ協力してくれている重症結核患者の看護の理想とも言えるモデルが示されている。

こういった患者と看護婦の関係は、さらに個別の症状に合った治療や退院後の社会復帰支援が重視されるようになると、多職種介入によりさらに関係性が広がっていくようになる。その中で看護婦にも、日々の日常生活援助を遂行しつつ、その患者の先の生活を見通した支援がますます求められるようになり、他の医療職との連携の中で役割を果たしていくことになる。

4つ目は、保健医療チームの一員としての多職種との連携が重視されだしたことである。

結核患者において目立ってきたことは、「老人結核の増加や再発、術後の肺機能障害、さらには肺性心の問題が残されている」こととしている⁵⁷⁾。肺性心とは、肺高血圧を引き起こす肺疾患によって生じる心疾患のことであり、動いた時の息苦しさや呼吸困難感、胸痛やめまいなどが出現し、肺の血圧を下げるための酸素や利尿剤などの治療が必要となる疾患である。これは肺機能が低下する結核に生じやすい症状である。

したがって、医療において「結核の治療も、ただ病巣の縮小とか、空洞の摘出ということだけを考えておれなくなった」としている⁵⁷⁾。

確かに、化学療法や手術療法により結核という病気そのものはよくなったとされているが、その後の患者の身体は、「長い療養のためにおきてきた肺性心で、少し急いだりするとすぐに動悸がはげしくなって苦しくなる者、あるいは手術療法で病巣はよくなったが、肺活量が低下したためにすぐに息切れがひどくなる者」が見られるようになり、治療や看護の考え方についての再検討が必要であるとの指摘がなされるようになった⁵⁷⁾。

肺結核は慢性呼吸器疾患なので、診断後すぐに生命に危険がおよぶことは多くないが、活動的な生活をするには身体的に無理があり、患者自身の許容範囲のなかで無理のない程度の生活をしていかざるを得なくなる。したがって、結核治療後の患者の心身の機能を維持ないしは少しの拡大を図っていく必要があるが、それにはリハビリテーションが必要となるが、「医学におけるリハビリテーションの学問的な若さ」があり、医師としての願いがたやすく達せられない状況にあるとされている。また、看護についても「病気のために動くことのできない病人を看護することに本来の使命はあるのだが、慢性患者の看護については、そこにのみとどまっていることができない」ことから、「看護におけるリハビリテーションというものももっと深く考え直す必要があるのではないだろうか」との指摘もみられる⁵⁷⁾。これは1967年の記述である。

同年の国立療養所東京病院の副総看護婦長の記述をみても、「従看護婦が、看護の中で行って来たリハビリテーションの分野が、めざましい進歩をとげ、作業療法士、理学療法士という専門家が、医療チームの中に加わりつつある」⁶⁶⁾と、看護婦とこれらの専門職との協力体制の問題を指摘している。

この状況から、1960年代末においても結核療養所によっては、結核患者のリハビリテーションという治療は十分なされていなかったことが窺える。また、看護においてもリハビリテーションについての認識がまだまだ十分ではなかったのである。

このことは、1974年の国立療養所愛媛病院の看護婦による記述からもうなずける。「慢性疾患患者へのリハビリテーション的アプローチ 退院したがい結核患者への働きかけ」⁶³⁾について書かれた考察において、「患者へのあたたかい援助は、ひとり看護者のみでなく、施設ぐるみのリハビリテーションが、考えられなければならないのではなからうか」と、病院全体としてのリハビリテーションの取り組みが必要であることを問いかけてあつ

た。

しかし、胸部疾患に対するリハビリテーションの始まりについては『国立療養所史（結核編）』¹⁰²⁾によると、1953年頃と記されており、約20年以上を経ている。これだけの年数を経ても病院内でのリハビリテーションは、施設ぐるみのリハビリテーションの提供が十分になされていない状況もあったということである。

肺の理学療法のはじまり、および理学療法の重要性を認識されるようになったきっかけについては、次のように記されている。

リハビリテーションが求められるようになったのは、戦後、抗生物質、麻酔技術の発達、手術手技の向上により、肺外科療法が普及したのであるが、「呼吸機能の減少、胸部の変形、上肢運動機能の障害などに悩む多くの患者をつくってしまったことも事実である」¹⁰²⁾という医学の発展の影響が大きいとしている。こういった状況に対して、「日本における肺外科の先達であった東京療養所の宮本忍や村松晴嵐荘の加納保之などはつとにこのことを指摘し、その予防対策を提唱していた」¹⁰²⁾と記されている。

また、理学療法の始まりについて、以下のように記している。

昭和28年頃になって多くの呼吸障害者が寒くなると感冒や肺炎に罹患し、あれあれという間に呼吸不全、肺性心で死の転帰をとることが注目をあび、江波戸俊弥、古賀良平などによって、呼吸障害者、肺性心の病態が主に病理解剖学的所見から解明された。そしてこれら不幸な例が肺外科症例であったことが、外科療法の行きすぎとして大いに反省されることとなり、術後のパーセント肺活量を40パーセント以下におとさないようにする努力が、手術の適応面と共に理学療法の導入によって試みられるようになった。これがわが国における肺疾患に対するリハビリテーション、とくに理学療法の始まりである¹⁰²⁾。

理学療法の重要性の認識の広まりは、「昭和32年結核予防会結核研究所の島尾忠男はスエーデン留学後「肺機能訓練療法」という翻訳本を出版したが、これによって今まで全く暗中模索的であったこの方面の手技と実際が明らかにされ、多くの人々にその重要性を認識させる一助となった」¹⁰²⁾とのことである。

また、身体活動に大きく影響する呼吸機能の問題は、結核は治癒したとしても、その後の生活に不安の影を落とすことになっていた。

外科療法を受けた患者において、中には肺活量が1,000cc以下になることもあり、身体機能が低下すれば社会復帰への不安が生じ、退院を告げられると猛然と拒否するという患者もみられるからである。特に長期間の入院患者は、病院内の生活に慣れてしまうこともあって、退院後の生活が果たしてうまくいくだろうかと予期不安を抱くことや、症状の悪化への不安などを抱えやすい。

こういった不安とともに呼吸機能の低下という身体的な問題があるため、社会復帰への不安に対する看護のあり方については、次のように記されている。「臨床ナースとしては、簡単な心理的不安と片づけないで、入院時から病人が自分で身体を実際に動かすようにさせ、それを自分でよくコントロールするように指導すべきである。」⁵⁷⁾

これは、従来結核の3大治療であった大気、安静、栄養という側面からすれば、看護も結核看護の転換期を迎えたとも言えるのではないだろうか。

その理由の1つとして、入院時から社会復帰後の生活を考えた看護について考えていか

なければならなくなったことが挙げられる。

身体の活動能力の低下は、機能面のみの問題に留まらず、患者によっては自尊感情の低下をもたらしてしまうこともある。

「活動能力が低いことは、患者は自分でも認めざるをえないし、またそれはよく認めるのであるが、他からそう評価されることが、自分の人間としての価値を全面的に低く評価されたごとくに受けとりがちな点に、いわゆる心理的な問題が大きくなってくる」⁵⁷⁾というのである。これは、人としての存在価値に関係し、患者の生きることへの価値を低下させてしまう重大なことである。したがって、入院時から先を見据えた治療とその看護が大切となるのである。

このこと以外にも入院中に治療を受けた患者は、その後の問題として、身体的な機能面の低下だけでなく、生活への不安、要するに経済的な不安を持つことが多い。このことは、先に紹介した患者アンケートからも明らかにされ、患者が他者に相談しにくい面がある。こういった患者への対応は看護婦が対応するには限界があるため、ケースワーカーの支援が不可欠となってくるのである。

また、こうして結核治療にケースワーカーの存在が必要となり、患者の社会復帰後の生活を考えたリハビリテーション治療の導入がなされるようになってきたことにより、看護婦においてもリハビリテーションという他職種のサポートが患者の社会復帰支援に重要であることとして、しだいに認識されるようになってきたのである。

したがって看護婦は、1人の患者を支援するために、患者の入院時から社会復帰後の生活を見据え、保健医療チームの一員として、多職種との連携を繋ぐ役割が求められ、医療者間の関係性がうまく機能していくように調整することが必要となった。

社会復帰に向けた支援では、患者の残存能力を踏まえた支援が必要とされ、次のように2つの事例が紹介されている⁵⁷⁾。

1例目は、調理師をしていた患者が左の成形術を受け、大きなフライパンを左手で持って仕事をしなくてはならないので、自分はそれができないから、もうすべてだめだと思い込んで悲しんでいる事例である。いろいろと話し合っているうちに、患者は左利きであることから右手にフライパンを持って、他の調理師の人がする逆の方向でやればよいという助言をして納得された例である。

2例目は、重症患者が心理的に立ち直った事例である。きっかけは、ベッド上で色紙に絵を書いたことである。患者は繰り返す喀血や高熱などでヘトヘトになり、もう自分には全く力がないと信じ悲しんでいたが、仲間のある1人から、それほど力はいらなく、疲れればやめてもよいから色紙に何でも書くことを勧められ、実際にやってみて、自分にもまだ物を描くだけの力が残されているということを現実知ったことが、大きな力となっていたというのである。

そうした病人の残された力というものを認め、ほめて支持することは、看護婦として極めて大きな意味のあることとしている。すべてを喪失したと思い込んでいる病人に、残された何か行う力があるというように看護でも支援していくことは、心理的な支援であると同時にこの重症患者への個別に合わせた最大限のリハビリテーションである。

患者の生を支えるリハビリテーションにおいても、患者の心に触れることが必要となり、看護婦の人間性や人生観が大きく影響するとしている。

また、社会復帰に向けた目標設定は、「ただの生活としての経済的目標とか身体的活動の段階としての目標だけではなく、回復者が社会人として、ひとりの人間としての生きる目標、つまり生きがいの問題」として、「そこへ、病人をリードするのが人間学的な看護であると言えよう」⁵⁷⁾とあり、病状の程度によることなく、患者が希望を持つことのできる介入が求められだしたと推察する。

したがって、こういった重症患者の事例においても患者の残存能力を引き出すために、医療チームとして患者支援をしていくことの認識が、次第に持たれるようになったのではないだろうか。

患者の社会復帰を目的としたリハビリテーションは、理学療法のほかにも作業療法が行なわれたケースもみられる。そのなかの、飲酒歴のある長期結核療養患者の社会復帰支援の事例についてみると、作業療法の目的は、「入院生活における暇の活用としての気晴らしのためと、病気になったことによる自信喪失に対して、活動心理を盛り上げるために、作業療法が処方された」⁶⁵⁾としている。また、作業療法士が患者に対して選択する内容は、「気晴らし的、支持的、機能的、負荷的 O.T の目的」⁶⁵⁾で作業を選び、経済的に困っている患者については、材料費のかからないものと考えている。種目としては、「ひも結び、ミシンかけ、アイロンかけ、帽子作り、ハンドバック作り等」⁶⁵⁾とある。しかし、飲酒は繰り返され、医療者もこの対応に悩むのであるが、患者自身も本来の自分を取り戻そうと葛藤を繰り返し悩んでいることに触れ、患者の心情に思いを寄せている。また、患者に合わせた作業療法を選択しても、なかにはうまくいくケースばかりではなかったそうである。

したがって、「リハビリテーションに対して、いかによい計画を立てたとしても、患者自身が意欲的に取り組まない限り、その効果は十分に表われないと思う。その意欲を湧きたたせる役目こそ毎日の看護にある」⁶⁵⁾と、リハビリテーションにおける看護の役割について示唆している。また、「毎日明るい雰囲気療養できるよう、私たち自身の人間性を高める研さんが必要になってくる」と⁶⁵⁾あり、リハビリテーションにおいても患者の心身を支える看護に求められる資質は、人間性が重要とされている。

次の表 2～表 3 の資料⁶⁶⁾は、「肺理学療法の目的」および「肺理学療法の主要項目」、「術後の日常生活の進捗」である。日常生活の進捗は約 10 年前（表 4●印）と比べかなり早められていることが示されている（資料 7-4）。

表2 肺理学療法の目的

(1) 肺外科手術後の肺機能の減少を最小限に喰いとめる。
(a) 胸廓の伸縮性を維持する。
(b) 肋膜癒着を防止し、胸廓下部、横隔膜の運動を保持する。
(c) 積極的かつ早期に残存肺の再膨張を計る。
(2) 痰の喀出を容易にし、無気肺の発生を防止し、閉塞性気道障害を除去する。
(3) 脊柱の湾曲、胸廓の変型を予防する。
(4) 肩関節の運動範囲を維持し、拘縮を防止する。
(5) 呼吸筋を始め全身の筋の廃用性萎縮を防止し、筋力の強化を計る。
(6) 異常の筋緊張を緩和し、血液循環を改善し、疲労感を除去する。
(7) 術後の全身衰弱を予防し、総合的な体力の増強を計る。

表3 肺理学療法の主要項目

(1) 呼吸訓練	a) 腹式	b) 胸式とくに下部胸式
	c) 部分	d) 咳など
(2) 体位排痰訓練		
(3) 肩の運動	a) 前方挙上	b) 側方挙上(外転)
	d) 内旋	e) 外旋など
(4) 姿勢の矯正	a) 正しい寝方	b) 頭・頸の運動
	c) 脊柱の運動など	
(5) 手・足の運動と筋弛緩の練習		
(6) 耐久力・筋力増強訓練		

表4 術後の日常生活の進捗

(○は最近 ●約10年前)

種目	病日	第1病日				第2病日				第3病日				第4病日			
		1週	1~2週	2~3週	3~4週	1月											
起座(半起座)	○						●										
食事(自分で)	○	○				●											
離床(室内歩行)		○						●									
用便(大便)				○				●									
用便(小便)				○				●									
洗面(自分で)				○				●									
清拭(ベッド)					○												
洗髪						○											
介助入浴								○									
病棟内歩行							○			●							
呼吸練習(咳)	○																
肩の運動	○							●									
集団訓練(於治療室)								○									

資料 7-4 (表 2~表 4)大井百代(東京国療),藤井華井(1967.04)最近の結核看護の問題点
肺結核外科におけるリハビリテーションナーシングを含めて,看護,19(4),20-21.
(読み取りが困難にて上記資料に基づき筆者が作成した)

以上のように、ますます看護婦は多職種との連携が必要となり、医療チームとしての役割が求められるようになってきたのである。

その中で、看護婦が行った「結核患者の療養上の世話」、および「結核患者の診療の補助」についてみていくこととする。ここでは、本章の結核治療の特徴である肺結核外科療法とその看護を中心に、看護の実際をみる。文献は、肺結核外科とリハビリテーション、およびその看護について総合的にまとめた大井らの1967年の文献⁶⁶⁾を参考とした。

ところで、多くの結核患者を看っていた看護婦は当時、患者の健康問題をどのように認識し、看護を行っていたのだろうか。看護の実際をみていく前に、特に注目されていた患者の健康問題について確認しておく必要がある。

健康問題のある患者は、難治結核患者、手術患者、低肺機能者が挙げられている。

はじめの難治結核患者は、重症者と微量排菌者として分けられている。

重症者は、永年療養し、あらゆる治療を受けても、なお治癒が困難な病巣を持ち、排菌

も止まらず、呼吸機能も低下し、喀痰の喀出困難があり、全身状態もわるく、進歩した医学の中で、なお長い床上生活をつづけている気の毒な患者とある。

もう一方の微量排菌者は、治療の結果、病状は一定の所に固定したが、永年微量の排菌が止まらない患者であり、この患者は、一見元気そうに見え、本人も自覚症状がないため、暇をもてあまし、生活の規制が難しい患者である。

2例目として挙げられている手術患者は、3つのケースに分けられている。

1つ目のケースは、広範な病巣に対して、また両側肺の病巣に対し手術が行われ、術後、再び長期療養を続ける患者である。

2つ目のケースは、手術目的で入院し、短期間でその目的を果たして、退院できる患者である。

3つ目のケースは、膿胸や薬剤に対して多くの耐性等の悪条件をもって手術を受けた患者、合併症に悩まされている患者と一律ではないとある。

この3ケースに挙げられている患者は、多少なりともすべての患者に抗結核剤に対する耐性がついており、中にはすべての薬剤に耐性がついてしまった患者もかなり多い現状であるとされている。このような状況におかれた患者は、治療に対する不信感を持つことや、社会復帰の問題等も抱えていることから療養生活の意欲を失ってしまう患者も多く、また、長い療養生活は家族とも疎遠となり経済的問題等から、孤独で内向的になる場合も多かったとしている。また、外科療法などの治療目的を達しても、自覚症状の訴えが多く、都合の悪い時は、自分の殻に閉じこもる患者もいた。そのほかにも高齢患者の増加による身の世話や、合併症も含めた看護が必要となってきたとしている。

3例目の低肺機能者は、化学療法や外科療法により広範な病巣が治癒した後で呼吸機能が低下し、日常生活に支障をきたしてしまい、その上、肺炎や気管支炎の感染の危険性があり、社会的支援がない限り退院が難しい患者である。

以上のように、看護婦は多くの結核患者を看てきた中で、問題のある患者をこのように認識していたのである。

1) 結核患者の療養上の世話

以上の患者背景を知り得た上で、当時の結核看護の実践について、「結核患者の療養上の世話」と「結核患者の診療の補助」についてみていくこととする。

結核患者の療養上の世話に関しては、次の4項目が挙げられている⁶⁶⁾。

①「看護婦が問題とする患者について大切なことは、患者とのよい人間関係をつくることである」

これは、患者の苦悩と患者全体を理解し、思いやりのある、深い愛情を基盤とした良い人間関係の中で看護を行い、患者を励まし、力づけ、患者が看護婦に対して何でも打ちあけられる相談しやすい雰囲気をつくることとしている。そのためには患者の全体を捉えて理解するために、看護チームまたは受け持ち患者別にチームを組んでカンファレンスを行ない、問題点を明確にし、対策を立て、患者に対して共通した姿勢で看護を行うこと。また、受け持ち看護婦全員が、自分自身をよく理解し、よく考えて看護してくれていることを患者が知ることによって、安心感と信頼感を持ってもらい、困難な心身両面の指導を容易に受け入れてもらえるようにするとしている。

②「日常生活の規制について指導する」

結核が手術や薬だけで治癒すると考え治癒の困難を治療のせいにして、長い療養生活により自制心を失って療養生活を乱している患者に対しては、よく話し合いをし、服薬の中断による耐性菌および、安静を守るよう指導する。

主治医と相談し、病状の許容範囲において可能な作業療法について考え、療養生活に充実感を持てるよう配慮する。

③「看護婦におけるリハビリテーション」

患者自身で行う日常生活がリハビリテーションとなることを理解させる。

予定手術の場合には、術前 1～2 週間前から手術後のリハビリテーションについて説明し、その必要性を理解させる。本来、術後のリハビリテーションは作業療法士が行うものであるが、それが望めない場合には、看護婦が患者を励まして行うように誘導する。

リハビリテーションにおいて実施する内容は、呼吸の管理、喀痰喀出の介助、寝方および姿勢の矯正、上肢の運動機能の保持、全身の筋弛緩の練習、術後の体動の進め方について指導および介助する。

④「療養環境の整備」

患者の療養環境については日々の看護において重視されていたと考えたいが、療養環境の整備が注目されるようになるのは、まだまだ先のことである。それは次の記載から 1980 年代以降であったことが分かり、本章が対象とする時期には、患者の療養環境についての配慮は十分であったとは言い難い。

「医療の高度化や機械化によってもたらされる患者の不安心理を和らげるために、昭和 60 年代頃から意識的に療養環境の整備が行われるようになった。患者のプライバシーを確保するためベッド周囲のパーソナルスペースの研究が行われ、病室の壁や看護婦のユニホームにピンクやブルーなどのパステルカラーが取り入れられるようになった。音環境についても着目され、包交車などがぶつかることによって生じる不快な音を消すためのゴムが装着されたり、逆に手術室や外来では人々の緊張を和らげる目的でバックグラウンド・ミュージックが使用されるようになった」¹⁰³⁾とされている。

病院では 1960 年代頃から、看護管理という視点で看護業務の調整や施設設備の不備等の問題などが検討され、患者の need、つまり看護必要度にも注力されるようになったが、意識的に療養環境の整備が行われるようになるまでには、その先 20 年以上もの長い時間が要されたということになる。しかし、それぞれの医療施設で最大限の療養環境への配慮はなされていたであろう。

2) 結核患者の診療の補助

本章で対象としている時期の結核患者の診療の補助で新たにみられるものは、肺外科手術療法の発展による術後のリハビリテーションである。その必要性が看護婦にも認識されるようになったが、結核患者にとってのリハビリテーションは、看護婦が患者に行なう日常生活動作の過程で行なっていた。いわゆる療養上の世話において、社会復帰のために必要な理学療法や作業療法への介入であり、診療の補助とするには無理がある。

そのほか、注目すべき点として結核医療の外科療法のめざましい発展が見られ、抗生物質などの輸液剤の投与も看護婦の診療の補助として行われていたが、化学療法導入までの

結核の3大療法の1つとされていた患者の生命を支える栄養剤の開発はみられたのかといえば、まだまだその時期を迎えていなかった。

患者の中には寝たきりで経口摂取も十分できない場合には、栄養補給として、1975年に高カロリー輸液用の輸液剤が初めて市販され、中心静脈栄養法¹⁰⁴⁾が行われたとされているので、本章が対象とする時期には、まだ導入がなされていないことから、看護技術として行っていた輸液の投与は末梢からの点滴注射であった。

こうしてみると、医療技術の進歩とともに看護技術もより高度な専門性が求められるようになっていくことがわかる。

以上の「結核患者の療養上の世話」と「結核患者の診療の補助」については、この時代の特徴として肺外科療法が活発となり、看護婦も患者の術後の回復、およびその後の社会復帰に向けたリハビリテーションに関心が向けられるようになったことから、大井らの1967年の文献⁶⁶⁾を参考としたが、この論文は、肺結核外科とリハビリテーション、およびその看護について総合的にまとめてあり、この点については当時の結核看護の実際を知ることができた。

しかし、「看護管理」の視点が欠落している点も見受けられる。本章が対象とする1962年以降は結核患者の看護の資質向上を目指した1つとして「看護管理」が注目されるようになったことから、さらに、結核看護の実際をみていくために、【看護管理に関すること】18件⁶⁹⁾⁻⁸⁶⁾の論文から、「結核患者の療養上の世話」と「結核患者の診療の補助」について整理する。

この2つの看護の実際を理解するためには、先に、「患者の実情」がどのようなものであり、その患者に対して結核看護に必要とされた看護、つまり、「看護方針」について捉えておく必要がある。

また、結核看護の資質向上を目指そうとしても、患者を看護する看護婦の労働状態について知らなければ、看護方針が単なる理想であるのか、それとも妥当なものか否かの判断が出来かねるので合わせてみていくこととする。医療は看護婦の存在が充足してこそ良質な看護が遂行できるのであるから、このことも看護管理の点で非常に重要な視点である。

3) 患者の実情

1970年の国立療養所共同研究年報（結核、その他）において、看護管理共同研究班により「昭和44年度看護管理共同研究報告」⁸¹⁾がなされ、看護の必要度を検討するための結核患者の意識度について調査分析した結果が報告されている。調査対象が22施設とあり、表7-4に示す通り、調査は全国に渡っている。

調査結果の結核療養に対する【患者自身の思いや受け止め方】についてみると、結核＝死への恐怖ではなく、治る病気との認識を持てるようになり、落ち着いた気持ちで療養できている。しかし、軽症者は社会復帰に消極的である傾向として捉え、回復期看護の課題としている。

表 7-4 看護管理共同研究班

看護管理共同研究班

班 長	国立療養所中野病院	藤 森 キ ヨ	国立療養所宇多野病院	伊 藤 篤 子
副班長	国立療養所東京病院	岩 垂 みはる	国療近畿中央病院	大 庭 静 枝
班 員	(○印は幹事)		○国立療養所刀根山病院	西 村 栄
	国立北海道第一療養所	山 崎 千 代	○国立療養所広島病院	羽根田 美枝子
	○国立北海道第二療養所	長谷川 ユ キ	国立岡山療養所	亀 山 笑 子
	国立盛岡療養所	中 島 郁 子	国立高松療養所	松 本 ヒ デ
	国立療養所宮城病院	岩 佐 ち よ	国立愛媛療養所	梅 本 勝 子
	○国立療養所村松晴嵐荘	三 橋 千 代	国立療養所福岡東病院	阿 部 み さ
	○国立療養所千葉東病院	滝 川 キ タ	○国立佐賀療養所	吉 村 静 枝
	○国立療養所浩風園	染 谷 富久美	国立長崎療養所	小 田 マスエ
	○国立療養所中部病院	新 岡 美枝子	国立療養所再春荘	安 部 タ カ
	国立明星療養所	菅 野 末 子		

「療養についての意見調査」によると、「病気になった理由」は、男性に「仕事が忙しすぎて無理をしたからだ」の回答が多いのは、職業を持っているからと理由づけてあり、重症者の女性に「からだを大事にしなかったからだ」との回答が多いのは、家庭の主婦の場合、身体の具合が悪くても我慢したり、定期健康診断を受ける機会が少ないから、そのほか、家族感染も原因の1つと考えられている。

病気になって「健康な体では体験出来ない多くのことを学んだと思う」が30～35%の回答で軽症者に多く、闘病を積極的に受け止めようとしている反応であると解釈しており、この回答が多くなるのが、ある側面からは看護の成果だと評価している。「家族や社会に対してすまない」という消極的反応が50～60%あったことから、患者心理をつかむ上での貴重な資料であると述べている。また、女性の軽症者に悲観的傾向が高いのは、女性の心理特性によるものと、経済的不安を持つ場合があるからと考察している。

今後について、「療養に専念して一日も早く社会復帰したい」との回答が多かったことは、よい傾向としているが、軽症になるにつれて、「がんばったところで将来に期待は持てない」、「耐えるような体ではないから今まで通り病院生活をつづけるだろう」と消極的な回答が多いことは、今後の指導において、特に回復期看護への課題として注目すべき点であるとしている。

患者自身の日常については、「気分は普通である」との回答が多いことから、社会で結核に対する認識が高まり、昔とは違い患者自の、〈不治の病〉という考えが少なくなり、病気に対する不安がないためではないかと考察している。

次に、【患者同士の関係】についてみると、患者間でのやり取りや同室者に関する調査などが行われている。

入院時の病室決定や患者関係、集団行動に関わることなど、これまで当たり前のように行っていた看護業務の方針を見直すきっかけとなった結果が示されており、患者を中心とした療養環境の整備への関心が向けられていることを察することができる。

「同室の患者の言動により、不愉快な思いをしたことがあるか」については、女性の方に感情的反応が強く、しかもその現象が軽症者に強く表れていることは注意すべきとある。この原因は、男女を問わず軽症者ほど行動が自由で機会が多いこと、また、重症者は個室

が多いため判断できないが、要するに、病室内の人間関係が患者に対して大きな影響を与えていることを物語っているとしている。

「他の患者とは心をひらいてうちとけることができない」については、25%の回答があり、何らかの集団行動を行う時、1/4の人は、素直に受け止めていないことを承知してレクリエーション等を計画する必要があると分析している。そして、患者に強制することは、必ずしも患者にとってよいとは言えないこと、「いいえ」と回答した約60%は、集団行動を行なう場合の積極的参加の見通しがつくので、看護計画、その他のスケジュールを作成する際の基礎資料となる示唆を得ている。

「自分とは物の考え方や生活様式や趣味など違う人達と同じ病室ですごすのはいやだ」は、男女ともに25%あり、重症、軽症の差がさほどないのが特徴で、つまり、自分一人の世界を作りたいとする人が1/5程度はいると解釈している。

「同じ病のもの同士で苦しみを分かち合い、力づけとなって心強い」は、80%前後に同室者がいた方がよいと回答があり、軽症者にその傾向がないことから、病気の程度により左右されるのかもしれないとしている。

「重症者と軽症者が同室するのは嫌だ」は、約60%が望み、男女ともに軽症者に多く、「いいえ」の回答は重症者ほど多く、また、特に女性に多いのは注目したい現象と述べている。

これらの同室者との関係に対する結果から、現在のように、入院患者を空きベッドから順々に埋めていくという方法は、必ずしも患者にとって良い方法ではないと看護管理の課題について報告している。

次に、患者の治療や日常生活支援に深く関係する【医師や看護婦に対する思い】についてみると、軽症者の方が不満を持っていることや、看護婦自身は多忙さから患者への対応が十分できていないことを認識している。この実態には看護婦不足の問題があり、患者の話聞いてもらえるケースワーカー、カウンセラーの採用についての要望がみられる。また、看護婦の業務負担を軽減するために病棟事務員等の起用についても意見が出ている。

「医師と話をする時間が少ない」ことは、50~60%であった。しかし、これは患者-看護婦間の関係、看護婦-医師の関係（看護婦の位置づけ）など、その施設のあり方により異なる問題であり、医師と話す時間が少ないのもっと話してほしいということに直接結びつけることはできないとしている。

医師についての質問では、「医師が親切なのでうれしい」は約80%が回答し、長期療養者と医師との結びつきが深いこと、退院後も療養指導を受けていることから推測できるとしている。

「現在の回診で充分だと思う」は、60~70%が現状でよいとし、もっと増やしてほしいが軽症者に多いことは、ややもすると置き去りにされがちな面があるからと推察している。

「看護婦はやさしさ親切さがたりない」は、10%が肯定していたことから、看護婦の努力の成果としている。一方、患者があきらめてしまっているとの見方もしている。

「看護婦は親切な心づかいをしてくれる」は、軽症者ほど不満が多く、女性の場合、重症者に「いいえ」の反応が強いことは、やはり重症の女性の取り扱いの難しさであろうかとしている。

「看護婦に用事を頼んでも気持ちよくしてくれない」は、重症者は「いいえ」とした回

答が多かったが、軽症者ほど「はい」との回答が多かった。これは、自分でできるにも関わらず他人にやらせようと甘えているため不満が生じてくるのではないかと、むしろわがままと取るべきかもしれないと考察している。

「看護婦は患者によって不公平な取り扱いをする」は、男女ともに軽症者で16.3%が「はい」と回答。この解釈は、特に男性に多く見られるのは軽症の者ほど言動が自由で、勝手なことを考えることにより現れてくる場合もあるのではないかと分析し、看護婦の言動に対して患者は不公平さを感じている事を知った上で、今後の看護婦のあり方を考えてみる必要があるとしている。また、重症者と軽症者が同居している場合は、どうしても重症者に目が向きがちであること、しかし、患者としては、患者であることに変わりはないと考えている場合、これにどのように対処するかは看護婦のみの問題でなく、病室の運営の仕方という事にも一考が必要としている。

「看護婦は、処置、検査の説明をしてくれない」は、20~25%が「はい」との回答から、看護婦が処置、検査の介助に迫られて、患者へのアプローチが足りないという現実が予想通り出たとしている。

「看護婦は患者の質問に対して解りやすく説明してくれる」は、回答結果は書かれていない。看護婦としては質問によっては答えられない場合もあるから、応答のテクニックも必要であろうと述べている。

「看護婦が患者に接する時間が少ない」は25~30%みられ、特に軽症者が多かった。その理由は、これまで重症者に対してのアプローチの仕方はチームナーシングやPPC¹⁰⁵⁾でも多く論じられ、その成果があるとしている。しかし、最近は、入院期間が1年未満の患者が半数を占める現状となり、軽症者へのアプローチの仕方が今後の大きな課題としている。

「看護婦は患者の悩みを理解してくれない」は、軽症者で特に女性に多く32.4%である。軽症者ほど悩みが多面的かつ社会的なもので看護婦が直接手を下せるものではなく、精神的、心理的支えが必要なものが多い。これは単に肉体的要求に対するもののみならず、働きかけでなく社会的、心理的側面に対しての理解が必要であることを物語っていると分析している。

「看護婦は何でも気軽に相談できる」は、軽症者に不満が多く、相手にしてくれないということとの裏返しで、重症者の接し方という点で問題が生じてきそうだとしている。

看護婦の不満についての解釈は、軽症者に多いこと、現状の看護婦不足では必然的に重症者に傾いた看護体制を余儀なくされているのが大きな原因であると述べている。外国では看護婦以外に悩みを訴えることができるケースワーカー、カウンセラーなどの職種があることを紹介し、しかし、日本にはそのような職員がいないため、看護婦が手を抜くと必然的に放り出しの状態となり、それがすべて看護婦への不満としてはね返ってくるということが実情だとしている。また、病棟事務員等の起用も望んでいることから、看護業務に事務処理関係の仕事が時間を要していたと推察する。

ケースワーカー、カウンセラーなどの起用を真剣に対処していかなければ、特に手を抜かれ易い軽症者の療養、看護に大きな穴があく危険性があるとまで言っている。そして、今まで重症者に傾きがちであった看護のあり方を今一度、軽症者の問題に向けて考える必要性を如実に物語っているデータであると考察している。また、これは単に看護の問題だけでなく、患者の療養という広い視野に立って考える必要があることを指摘している

結果と解釈している。

次に、病気回復のため、あるいは楽しみとして患者にとって大切な「食事」に関することをみると、約半数が不満を持っていた。「給食のごはんの炊き方が悪い」、「献立に変化がない」、「調味に対しての配慮が足りない」について、約50%が不満を訴えており、栄養士と患者の話し合いを持つ必要性を訴えていると解釈している。また、「現在の給食で満足している」は、軽症者ほど不満が多いとある。

続いて「設備」では、日々の生活に直接関係する不満が挙げられている。「暖房設備がない」は、重症・軽症の区別なく約30%が暖房設備を希望している。「面会室、娯楽室の設備が悪い」は、使用度の高い中等軽症者では、男女を問わず50~60%が不満を訴えている。なお、重症者に積極的な希望がない理由は、設備を使用する機会が少ないことを挙げている。「破損個所の修理が遅い」は、軽症者ほど不満の訴えが多い。これは、軽症者ほど設備の不備な部屋に入れられやすいという裏返しかもしれないとしている。そのほかにも設備に対する質問では、「病棟の設備に格差がある」、「便所が水洗でなく汚い」、「洗濯機が不備、物干し場が足りない」、「ベッドの高さが高すぎて困る」、「療養所の周囲がうるさすぎて困る」との調査がなされていたが、半数以上が満足していない結果である。「病棟の設備に今のところ不満の点はない」は、表面的に一応満足しているが約55%としている。

そのほか、「宗教」についての質問がなされている。「宗教をすすめられてよかったと思う」は、約半数がよかったと回答しており、比較的多くの人が療養する上での安心感を得る一つの要素として、宗教に関心を抱いていると分析している。

これらの結果は、国立結核療養所において患者のニーズを把握し、適切な看護をしていくための看護の必要度を検討する目的で行われた調査に基づくものである。

この調査の全容からみた特徴は、国立結核療養所の全国的傾向が明らかになったこと、入院患者は男女ともに一家の中心的年齢層が非常に多く、60歳以上も相当数含まれ結核療養患者が高年齢に傾いていること、既婚者では男女ともに約70%を示し、家族構成は比較的多人数で、入院期間が一年以上が半数を占めているとしている。この患者背景から、患者ニーズは複雑な条件を反映することが容易に推察できるとしている。

また、医療チームのあり方についても述べている。医療はチームの強化によって達成されるものであり、その中で患者ニーズに対処する実践計画がなされるため、看護婦数の増加はもちろんであるが、それ以外にもケースワーカー、カウンセラー、病棟事務員等の起用が看護の強化と充足を支える重要な部分として、近代医療の中で論じられ、考慮され、早期の実現が望まなければならないと結論づけている。

結核患者の対象が高齢化したこと、患者の話を聞いてもらえる他職種の必要性など、患者が満足できる看護を行なうために、看護婦からの要望もみられている。

看護実践上の問題は、当時の症例研究のテーマからも察することができる。表7-5に示した25症例の報告から、肺切除に関するテーマや、高齢者、合併症を持つ患者、精神看護のほかにも自己中心的で感情の起伏の激しい患者、気むずかしい患者への対応などの問題を抱えていたことが推察できる。

表 7-5 症例研究のテーマ⁸¹⁾

症 例 研 究							担当 貝塚千石荘
№	課 題 名	課題分類	目的別 分 類	看護 計 画	看護の 実施方法	結果成績	研究結果の総括
1	術後重症患者の精神看護	手 術	精神看護	討議	両面併用	かなり良	再検討の余地なし
2	高令重症結核患者の精神看護	老 人	精神看護	〃	精神看護	かなり良	再検討の余地なし
3	気管支拡張症治療中に胃癌を併発した一患者の症例	限界状況	両面併用	〃	臨床看護	やや良	看護計画の再検討
4	限界状況における患者の看護に対する一考察	限界状況	精神看護	〃	精神看護	やや良	全般的に説明不十分
5	問題行動の多い結核重篤患者の心理看護	限界状況	精神看護	〃	両面併用	かなり良	再検討の余地なし
6	肺癌による左肺全摘手術後大量出血をした一症例	限界状況	両面併用	〃	両面併用	殆んど不変	心理面の看護不足
7	重症結核の看護の一症例	限界状況	精神看護	〃	両面併用	やや良	心理面の看護不足
8	肺葉切除術後の精神性嘔吐看護の一例	神経症状	心理看護	〃	両面併用	かなり良	看護計画の再検討
9	肺結核経過中に重症肝炎を併発し、治療を拒否した患者の看護	老 人	精神看護	〃	心理看護	かなり良	再検討の余地なし
10	身体障害者聾啞者の療養指導	療養指導	精神看護	〃	両面併用	殆んど不変	問題の分析整理不十分
11	術後に麻痺症状をきたした強直性脊柱関節炎患者の看護に当って	手 術	両面併用	〃	両面併用	かなり良	再検討の余地なし
12	難治性気管支腫に対する、経縦隔内気管支切断術の看護経験	手 術	臨床看護	〃	臨床看護	やや良	全般的に説明不十分
13	合併症を伴う、重症結核患者の看護をかえり見て	限界状況	精神看護	〃	両面併用	殆んど不変	看護計画の再検討
14	肺性心を併発した、術後患者の看護を省みて	療養指導	臨床看護	不明	臨床看護	やや良	看護計画の再検討
15	左下肢切断というハンディキャップをもつ、手術適応の肺結核患者の精神看護にあたって	療養指導	精神看護	討議	心理看護	かなり良	全般的に説明不十分
16	重症病棟に収容されている全身紅斑性狼蒼患者の精神看護について	療養指導	精神看護	〃	精神看護	やや良	問題の分析整理不十分
17	肺切除後に脳血性の疑いを併発した一症例	限界状況	両面併用	〃	精神看護	かなり良	再検討の余地なし
18	咯血と呼吸困難への不安を伴う看護の一例	限界状況	両面併用	〃	精神看護	かなり良	再検討の余地なし
19	療養所における老人看護について	老 人	精神看護	〃	両面併用	やや良	再検討の余地なし
20	糖尿病を合併した肺切除術後患者の看護の一例	手 術	心理看護	〃	心理看護	かなり良	問題の分析整理不十分
21	結核の手術後、不測の合併症に悩む患者の看護	療養指導	精神看護	討議	精神看護	かなり良	心理面の看護不足、看護計画の再検討
22	呼吸不具者の精神看護	そ の 他	精神看護	不明	心理看護	やや良	全般的に説明不十分
23	重症結核患者の精神看護	療養指導	心理看護	討議	心理看護	かなり良	再検討の余地なし
24	重症肺結核経過中突然の咯血により死亡した看護の一例	限界状況	心理看護	〃	両面併用	かなり良	再検討の余地なし
25	自己中心的で感情の起伏の激しい患者の看護	療養指導	精神看護	〃	心理看護	やや良	全般的に説明不十分
26	気むづかしい重症結核患者の看護の一症例	療養指導	精神看護	〃	精神看護	かなり良	再検討の余地なし

73) 国立結核療養所看護管理共同研究班(1969.03) 昭和 42 年度看護管理共同研究報告, 国立療養所共同研究年報(結核, その他), 6 巻, 185.

4) 看護方針

以上、患者の実情をみたが、この背景から看護活動ではどのような方針が検討されたのだろうか。ここでは、看護活動の方針に関することを治療主体の大学病院と結核療養所についてみていくこととする。

(1) 大学病院の結核病棟

群馬大学医学部附属病院の婦長は、結核病棟を管理した経験から、設備が十分完備されていることと、人間関係が重要であること、また、結核患者の心理面をしっかりと把握し、

治療面以外での問題にまで意を注ぐことが大切であるとしている。そして、患者の管理上最も大切なことは、「患者を甘やかさないこと、何でも話を聞いてやり彼らの気持ちを理解してやることです」⁶⁹⁾とあり、前述した患者調査がよりよい看護を検討していく上で重要であったことがわかる。

主として治療面に重点が置かれ、大学病院ということもあって患者会や組合などの患者活動はなく、患者には厳重な規則が設けられているので、ほとんどの患者が軽快退院できる状態であり、「患者の管理上最も大切なことは、患者を甘やかさないこと、何でも話を聞いてやり彼らの気持ちを理解してやることです」⁶⁹⁾と、規則に従って入院生活を送ることを厳守させ、親身になって対応することが患者管理の上で重要事項としている。

また、規則というのは、入院時の指導がその後の治療に大きく影響するため、入院時に指導するための入院心得を作成し、患者にはそれを納得させているという。入院と同時に安静度が決められ、それによって入院生活が始まり、患者が規則正しい療養生活ができるように看護婦は患者と話し合い、よく観察し指導しなければならないとしている。入院時に決める安静は、病棟の安静時間が午前と午後3時間づつあり、この時間内の面会は禁止としている。

こういった患者管理がなされる一方、結核病棟は結核患者の入院数の減少により混合病棟への転換が行われている。そして、このことを機に、従来の看護業務の見直しが検討されている。

1971年の鹿児島大学医学部附属病院の看護業務実態の報告では、表7-6のように、11項目の業務についてそれぞれ内容が挙げられている⁷⁷⁾。業務内容の検討の結果、時間短縮された業務は、「診療介助」、「記録報告」、「与薬と薬品管理」とあり、時間が増加した業務は、「身の廻りの世話」、「教育指導」、「巡視・観察」であったとしている。結核病棟では、こういった業務内容の見直しにより業務改善が図られ患者へのよりよい看護を目指していたことが分かる。

表 7-6 看護業務内容の分類⁷⁷⁾

項目	内容
診療介助	廻診, 検査, 注射準備, 処置
記録報告	看護記録, 体温表記録, 伝票, 食箋, 申し送り
身の廻りの世話	清拭更衣, 洗面, 洗髪, 口腔内清拭, ベッド作り, シーツ交換, 排泄物, 体位交換, 環境整備
食事の世話	配膳, 介助, 観察
与薬と薬品管理	与薬準備, 与薬, 後始末, 処方点検, 救急薬品の点検, 薬品運搬
教育指導	患者・患者の家族・友人・学生に対する教育, 看護上のカンファレンス, オリエンテーション
器具材料の取扱い	消毒, 物品の点検, 補充手入れ
環境管理	清掃物品の点検, 補充, 手入れ, 後始末
測定	検温, 血圧, 体測, 尿測
巡視観察	病室巡視, 患者との対話
その他私事	連絡, 報告, 電話とりつき, その他患者運搬, 食事

しかし、ベッド・サイドへ行く時間が増えたからといって、患者のニーズを満たしているか疑問であると述べている。ここでも患者の満足調査を見ていく必要性を課題としていることが記されており、この大学病院において患者中心の看護への転換が図られつつあると言える。

鹿児島大学医学部附属病院では看護業務内容の検討により、「診療介助」、「記録報告」、「与薬と薬品管理」の時間短縮ができ、その分、「身の廻りの世話」などの時間が増えたという報告であったが、「診療介助」や「記録報告」に時間を要した問題は、1963年に聖路加国際病院により報告された「結核病棟における24時間の看護業務内容の考察⁷¹⁾」においても知ることができる。

結核病棟は、七舎とアイソレーションに分かれ、アイソレーションは胸部手術の回復室、七舎は療養所に準ずる性格の病棟であると紹介されている。病棟の状況は、アイソレーションは6床で週平均3例の手術があり、前年の1962年では肺切除27例、胸郭成形術47例であり、調査期間中は開胸2名、肺剥離術1名で病棟の動きは平常通りの状況であったと紹介している。七舎は、ベッド数23床で1962年の年間入院患者は73名、1人平均入院期間は約3カ月。調査期間中は入院患者平均20名で、うち重症患者1名の状況と紹介している。

看護職員数は、アイソレーションでは主任1名、看護婦3名、院内整備員1名の計5名、七舎は、主任1名、看護婦4名、院内整備員1名の計6名である。

調査対象の患者は、アイソレーションでは胸部手術前後および腎結核患者、七舎は重症喀血患者、手術前後の安静度3~5度の患者のうち開放性、非開放性を含め、病室状況リストにそって年間入院患者状況の平均化した層を選定したとしている。

安静度は1度が絶対安静、2~3度は就床、4~5度は歩行とし、調査期間は、1週間である。調査期間中の結核病棟の看護職員は看護婦と学生のみであり、アイソレーションと七舎を合わせて看護婦10名、学生6名の計16名、勤務延べ時間571時間としている。

この調査結果は、当時の結核病棟における看護業務内容の実態や今後の課題について知ることができる貴重な資料である。

図7-6~図7-8は聖路加国際病院の結核病棟における看護業務内容の調査である。図7-6を見ると「記録報告」の看護業務が最も多く、看護日誌などの簡素化を課題として挙げられていた。

「身の回りの世話」の内容は、アイソレーションと七舎では類似しているとのことである。アイソレーションの説明では、術後回復室で最も必要とする①朝のケア時、術後のベッド作りが33%、②排泄15.2%、③清拭14.5%、④マッサージ11.6%と記されている。また、洗面、体位交換、転出の世話はどれも同じような割合で、その他に結髪、歩行介助、寝衣、Gown交換などを含むとしている。アイソレーションでのマッサージは胸郭形成による砂の圧迫などからくる肩こり、腕のしびれによる苦痛を除くために必要な行為としている。

表7-7、表7-8の「誰に頼まれて看護を行なったか」についての結果について、アイソレーションでは患者に頼まれる行為は身の回りの世話のみで、他はほとんど看護婦の判断でなされ全体の78%を占めていること、七舎においてもアイソレーションと同様に看護婦の判断が多く、看護婦と学生を合わせると看護チーム側の判断で行われた行為が90%とほ

とんどを占めていたとしている。

表 7-9、表 7-10 の「患者が受けた看護サービスの内容」から、アイソレーションの 1 群は手術直後のため、処置、測定、観察が多く、手術時間が長いことから身の回りの世話は少ないとのことである。2 群と 3 群もほとんど同じような結果で、診療処置、身の回りの世話がとんどを占めると説明している。

七舎では、予後不良の患者を取り上げたため処置、観察が上位にきていること、2 群と 3 群はアイソレーションと同じような結果で、処置、測定、身の回りの世話であったとしている。

この調査結果についてのまとめの概要は次の 4 点である。

- ①狭い意味での身のまわりの世話は第 2 位にあったが、すべての身のまわりの世話を包含すると第 1 位に表われ、看護婦本来の仕事が比較的十分な値として出てきていた。
- ②記録、報告が多く、記録のうち看護日誌に関するものが 84.3% ととんどを占めていた。処置、検査が多くなればなるほどアイソレーションにおいても観察事項が必要となるので、文章の簡素化を図ることが必要である。七舎では回復期患者の場合、1 枚のナーセスレコードを 4 日間使用する形式とするなど応用が必要である。
- ③教育指導がもっと表れてもよかった。結核は慢性伝染病であるため、疫学的な教育、手術、検査説明、回復期指導など、長い療養生活のうち、折に触れて行っていることである。
- ④輸送運搬の仕事が日頃の看護婦の仕事にかなりの負担となっていた。

結核病棟が本館から遠いこと、看護補助者がいなかったことが記されているので、食事の運搬や他部門への移動などで時間を要していたと察することができる。また、看護婦は本来の業務のほかにもさまざまな業務を担っていたと推察する。

調査のまとめには、アイソレーションでは身のまわりの世話、処置が多く、七舎では検査、測定が多く、看護婦としては記録の行為が多く表れていたとしており、その後の業務の見直しや、患者への直接的な支援ができる看護方針について検討していたことを知ることができた。

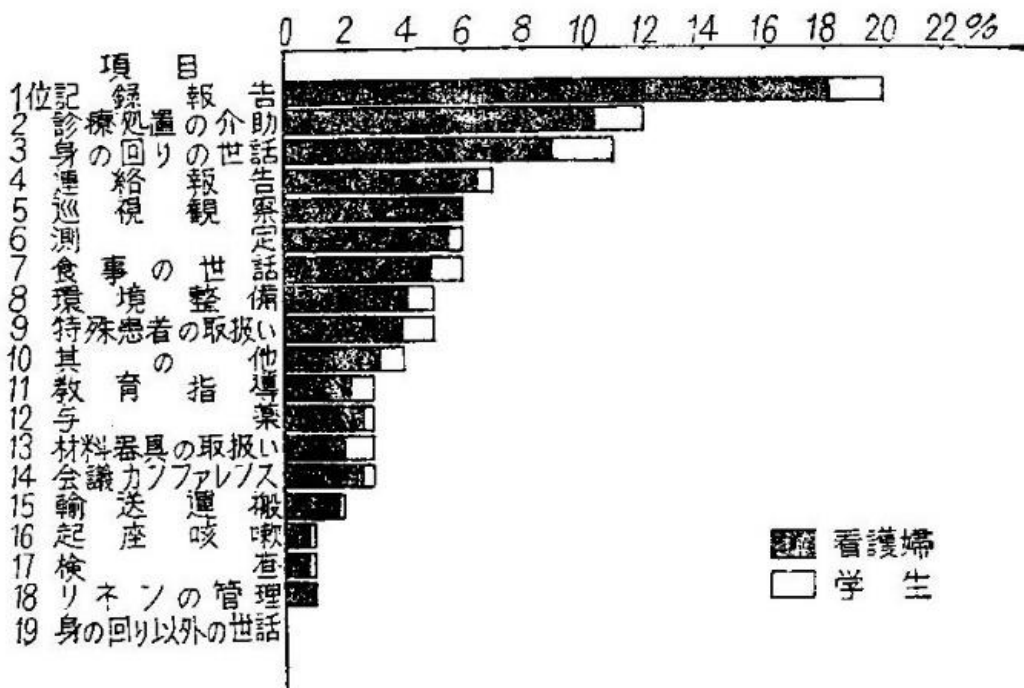


図 7-6

結核病棟看護業務内容の順位（集計項目別）（38.1.21～1.27）

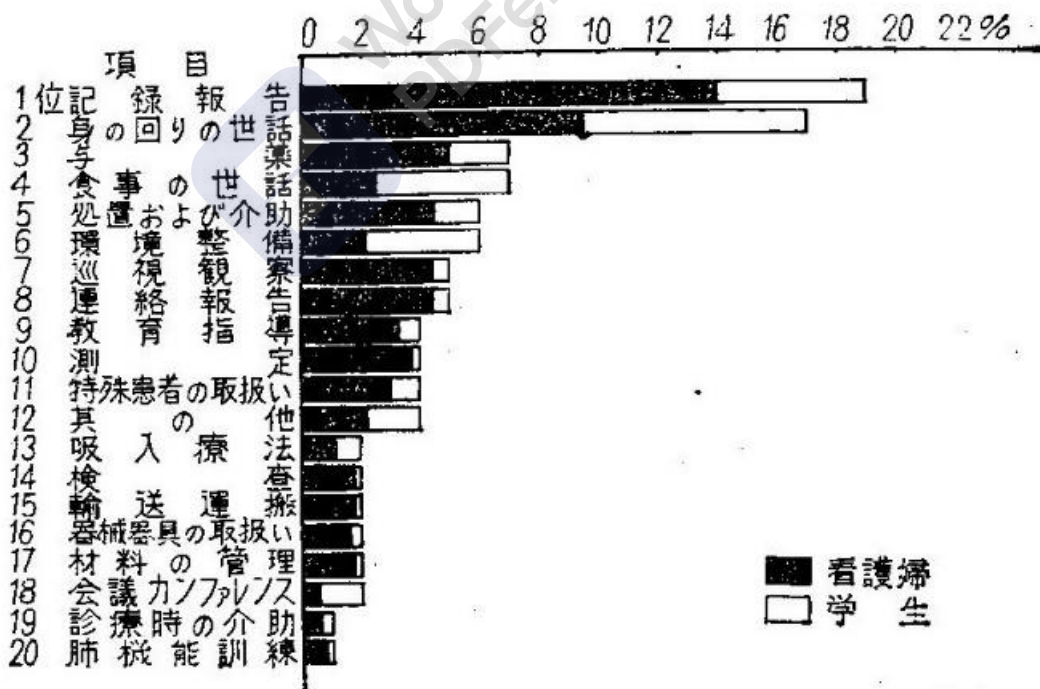


図 7-7

結核病棟看護業務内容の順位（集計項目別）（38.1.21～1.27）

7 舎

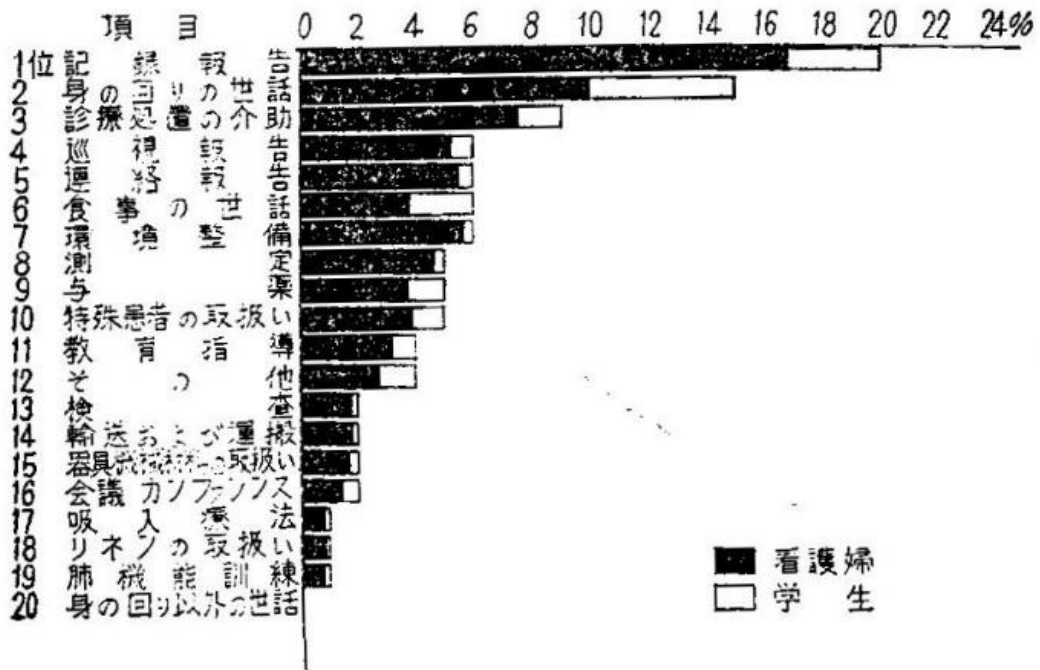


図 7-8 結核病棟（7舎アイソレーション）看護業務内容の順位（集計項目別）（38.1.21～1.27）

表 7-7 結核病棟看護動機（誰に頼まれて行なったか）分類
自1月21日～至1月27日

項目	患者にたのまれて	医師にたのまれて	看護婦判断で	看護婦の指示で（学生）	自分の判断で（学生）	その他
1. 巡視，観察	1	0	61	0	0	0
2. 教育，指導	0	0	27	3	5	1
3. 連絡，報告	0	0	77	0	3	4
4. 記録，報告	0	0	203	3	9	1
5. 診療処置介助	0	67	73	2	4	0
6. 起座咳嗽	2	5	5	0	0	0
7. 検査	0	6	5	0	0	0
8. 測定	0	4	61	1	1	0
9. 与薬	0	10	6	1	0	0
10. 輸送および運搬	0	0	20	2	0	0
11. 身のまわりの世話	37	0	59	0	23	0
12. 食事の世話	6	0	64	0	1	0
13. 身のまわり以外の世話	2	0	1	0	0	0
14. 環境，整備	0	0	49	9	4	0
15. リネンの取扱い	0	0	11	0	0	0
16. 機械器具の取扱い	0	0	28	0	2	0
17. 特殊患者の取扱い	0	0	53	2	8	0
18. 会議，カンファレンス	0	0	0	a	1a 1b	0
19. その他	0	0	43	2	2	3

(2-アイソレーション)

表 7-8

B 結核病棟看護動機（誰に頼まれて行なったか）分類（件数）

自1月21日～至1月27日

項 目	患者にたのまれて	医師にたのまれて	看護婦判断で	看護婦の指示で (学生)	自分の判断で (学生)	その他
1. 巡視, 観察	2	0	58	0	5	0
2. 教育, 指導	3	0	42	1	7	0
3. 連絡, 報告	1	3	43	3	4	5
4. 記録, 報告	0	10	199	4	69	0
5. 診療時の介助	0	5	4	0	0	0
6. 吸入療法	1	10	10	1	6	1
7. 肺機能訓練	2	0	11	0	3	0
8. 処置および介助	0	38	22	0	10	0
9. 測定	0	1	28	0	0	0
10. 検査	0	10	30	0	0	0
11. 与薬	0	46	36	0	9	0
12. 輸送, 運搬	0	3	17	1	1	0
13. 身のまわりの世話	24	0	116	1	89	0
14. 食事の世話	2	0	44	2	46	0
15. 環境整備	0	0	32	0	41	0
16. 機械, 器具の取扱い	0	0	21	0	2	0
17. 材料の管理	0	0	28	0	1	0
18. 特殊患者の取扱い	0	0	37	1	14	0
19. 会議, カンファレンス	0	0	0	12a	2a	0
20. その他	0	0	29	0	1b 24	2

(7舎)

表 7-9

A 結核病棟（アイソレーション）患者が
受けた看護サービスの内容（集計項目別）

(自38年1月28日至38年2月1日)

群	1	2	3
延 数 (人)	7	5	8
延時点数	696	356	565
項 目	1	2	3
1. 巡視, 観察	36	0	0
2. 教育, 指導	3	0	2
3. 連絡, 報告, 指示	1	0	0
4. 記 録	0	0	0
5. 診 察	7	1	5
6. 処 置	134	7	17
7. 検 査	0	4	12
8. 測 定	73	7	14
9. くすり	13	3	13
10. 入退院の世話	0	0	0
11. 輸 送	6	0	0
12. 食 事	21	9	13
13. 排 泄	10	0	1
14. 清 潔	21	7	17
15. その他の身の回りの世話	43	6	2
16. その他	54	0	0

表 7-10

B 結核病棟（7舎）患者が受けた看護サ
ービスの内容（集計項目別）

(自昭和38年1月30日至昭和38年2月5日)

群	1	2	3
延 数 (人)	7	17	9
延時点数	698	1213	642
項 目	1	2	3
1. 巡視, 観察	74	12	1
2. 教育, 指導	12	14	16
3. 連絡報告, 指示	12	7	9
4. 記 録	0	0	0
5. 診 察	4	7	2
6. 処 置	101	28	15
7. 検 査	2	34	16
8. 測 定	20	58	36
9. くすり	18	29	13
10. 入退院の世話	0	0	2
11. 輸 送	1	5	3
12. 食 事	34	49	31
13. 排 泄	31	3	2
14. 清 潔	48	51	19
15. その他の身の回りの世話	28	16	12
16. その他	0	0	0

それぞれの群の1～3は、患者を病状分類によって分けられている。

アイソレーション：1群は胸部手術後2日（担送患者）、2群は胸部手術後3～4日（護送患者）、3群は胸部手術後5～7日（歩行患者）

7 舎：1群は安静度1度（絶対安静患者）、2群は安静度2～3度（就床患者）、3群は安静度4～5度（歩行患者）

(2) 結核療養所

結核療養所の看護については、国立中野療養所の総婦長であった大森文子により、1963年「結核療養所における看護管理の問題点」⁷⁰⁾として論じている。この論文を基に、以下に結核療養所の看護の実際についてみていく。

① 結核療養所の利用率が下がった背景

結核療養所の利用率が下がった理由は、入院治療を必要とする患者の減少があるが、まだまだ要入所患者が野放しにされている状況であり、患者側の経済的な理由や療養所の設備の不完全さ、看護要員不足などの不安から家庭療養がよいとする者、療養所側からは重症患者の受け入れ制限などが1部の原因と考えられている。

日本の結核療養所は大気・安静を第一とした時代のものが多く、都会地を離れた不便な場所に設置され、同線の長い分散型の構造に加えて設備も古く、冬季の室内暖房はほとんど考慮されていないとしている。また、このような立地条件は、設備のよい近代病院が増加してくるにつれて、患者や職員から敬遠されるようになったとのことである。ことに医師や看護婦の充足が困難になりつつあると述べている。

② 結核療養所の入所者の特徴

結核療養所の入所者の病状とその推移については、10分類されている。

a) 慢性疾患患者で入所期間が長期である。

それでもこの報告の時期には大分短縮されたとしているが、平均1年近く、なかには10年以上、30年の長期にわたる患者もある。

b) 伝染性疾患であること。

患者は伝染病との自覚に乏しく、職員もまた馴れてくると感染予防の観念が薄くなる。

c) 老人患者が多くなったこと。

高血圧、糖尿病、老衰などの合併症をもつ患者が多く、安静度と看護必要度は一致しない。

d) 化学療法の発達で安静臥床を要する患者が減少したこと。

e) 化学療法に対する耐性菌所有者が長期排菌者として在所すること。

f) 外科療法の発達により胸部大手術が行われ、外科病棟、手術室サプライなどは病院的性格をもつようになり、大量輸血を必要とするようになった。

g) 化学療法実現前の患者や、その後の発病者でも、治療不完全のままで入所したために重症化している患者。

h) 術後や長期治療で結核病巣は治癒したが、低肺機能者となって長期就床を続けている患者。

i) 小児患者で教育、しつけ、遊びの指導を必要とする者。

k) 精神病的状態を示す患者、精神身体医学の面から心理状態に特に注意を払う必要のある患者。

結核療養所に入所している患者の特徴は、主に結核治療の変遷とともにあることを察することができる。年齢や病状、治療による合併症など患者の病状は多様であったことが理解できる。

③結核療養所における看護管理の目的

このような患者に対して看護管理ではどのように考えていたのだろうか。結核療養所の第一義的使命は、患者を速やかに回復させるための医療を行なうことであり、この目的に向かって、各部の職員が緊密な協力体制をとり、それぞれの任務を遂行しなければならないと述べている。そして、看護婦の基本的任務は、直接患者に接して「療養上の世話」、「容体の観察治療」、「検査の介助」などを行なうものであるとしている。

その上で看護管理の目的について述べている。医師との連絡を密にし、その指示を確実に実行して十分に診療効果を上げ、かつ療養環境をよくし、患者の安全を守るという看護の機能が計画的に行なわれるように取り計らうことと記してある。

④看護業務上の問題点とその対策

しかし、看護に際しては患者との関係性も大切であるが、この点についての支障はなかったのだろうか。看護業務上の問題点は4点挙げられている。

a) 患者が長期療養者であるために、所内の諸事情を職員以上によく知り、結核についての知識も深い場合、若い看護婦などは往々にして患者から指示されるようになり、仕事に対する興味や自信を失い、転勤したくなる。

対策として4点挙げられている。

- ・職員教育を十分に行なう。
- ・若い看護婦の配属場所を考慮する。
- ・職員間の問題を患者に漏らさないようにする。
- ・患者に対する職員の不必要な馴れを禁じる。

b) 長期療養の特殊性から、全国的な患者同盟という組織がつくられ、各所に患者自治会があって、相互の療養生活援護的な働きをしている。

レクリエーション、リハビリテーション（サークル活動として行う）、図書室運営、療養上の物資斡旋などを行い、自治会役員などになると軽作業を通し越して、しばしば病状悪化の原因にもなるとのことである。

本質的には所内の機構が整い、患者にこのような運動の必要性を感じさせなくなるのが望ましいと述べている。

看護人員不足対策では、各所であげ足取り的な方法もとられ、かえって看護婦が療養所を逃げ出す事態にもつながっている。

c) 療友間の問題として、療友間ではよい面と悪い面の両面の影響を受ける。

療友間でよい面は、精神的に不安定な患者がよい先輩の感化によって、落ち着いて療養できるようになった、元気な人が隣の安静者の面倒をみてあげるなどは、手不足の不満を補うものとしてありがたいこととしている。しかし、職員がそれに頼ってしまわないように気をつけなければならない。

療友間で悪い面は、手術の経験者などが、次に手術や検査を受ける療友に面白半分でおどかしのオリエンテーションをしてしまうことがある。不必要な恐怖心から手術の前日から緊張する人もある。この場合、看護婦が訂正してもなかなか取り返せないで、あらかじめ患者間の悪いいたずらの伝承はやめるように断っておくことが必要である。

そのほか、喫煙、飲酒などの悪習慣を教える人もいるので、この点にも注意が必要である。喫煙は、胸部疾患でも多少は支障がないとの思想が流れていて、意志薄弱の人が病室内で喫煙しては主任との間でトラブルを起こす。他の患者への迷惑という点からもできるだけ禁煙するように指導したいとしている。

中には無断外出で飲酒し、夜中に行方を捜させる患者がときどきあるが、これも意志薄弱か、特殊な性格なので、主治医や主任看護婦の強力な指導が必要となる。

d) 感染予防について

結核は伝染性疾患であり公衆衛生上からも患者教育の1つとして十分に注意を与えなければならない。

結核治療の発達から、容易に治癒する病気との観念が徹底した反面、伝染病であることが忘れられ、患者の家族も油断し、家族内での感染が相変わらず多い。ことに耐性菌の小児への感染などもあり得ると思うので、排菌者の取り扱いは慎重にして、外出なども管理しなくてはならない。職員がマスクをつけ、手を洗い、そのほか厳重に予防操作をするのは、患者教育の1つになる。

⑤ 高齢患者への対応

以上4つの看護業務上の問題点とその対策について挙げられていたが、高齢結核患者への対応はどのようになされていたのだろうか。病室設備は、低いベッドとし、便所に近く、寒さ対策や適当な娯楽室、食事に対する配慮が必要としている。食事内容も洋風より家庭料理が好まれることが記してある。

合併症対策も必要とし、とかく結核以外の疾病に対してはおろそかになりがちなので、看護婦も勉強のチャンスとしても注意を促すこととしている。また、老衰者では意識がはっきりしているのに失禁したり、安静にしていたために歩行不能になることが意外に早く起きるので、常に患者の身边に注意を払うことが必要であるとしている。

⑥ レクリエーション療法とリハビリテーション

以上のように高齢者への対応と配慮がなされていたが、患者によっては安静による弊害など、高齢患者に限ったことではないが心身の機能低下が危惧されていることが問題となっている。当時はまだ十分周知されていなかったと思われるリハビリテーションについては、どの程度看護婦の介入がなされていたのだろうか。

看護婦がこの面にどこまで入っていけるかということは、本来の業務との限界の点で問題になるとし、しかし、専門的に指導にあたる職員がいない場合は、実際に看護婦がある程度の手伝いはしている所が多いようであると述べている。

都会の地で病院に近い性格を持つ療養所では看護婦が指導をしていないが、長期在患者に何らかの方法で社会復帰の意欲を起こさせるように仕向けることは、看護婦のすべき任務の1つでもあろうと述べている。また、軽症患者に午後の安静時間をいかに過ごさせるかということも今後の検討課題としている。

したがって、結核患者の心身の療養のためのレクリエーションと社会復帰に向けたリハビリテーションは、職員体制や患者の状態によっては看護婦の業務としていたことが分かる。

前章の 1951 年～1961 年の時期には、まだリハビリテーション技術者の養成や資格試験は行われていなかったが、1961 年の『厚生白書』においてリハビリテーション技術者を養成する必要について触れ、1963 年には、日本リハビリテーション医学会が設立されている。そして同年、国立療養所東京病院にわが国最初の理学療法士 PT・作業療法士 OT の養成学校「国立東京病院リハビリテーション学院」が開校し、1966 年には卒業生が出て、第 1 回国家試験が行われている¹⁰⁶⁾。この経緯から、1960 年代にはこれまでよりも結核患者において治療の始めからリハビリテーションを行うことが重視され、国家資格者の誕生により、ますます看護業務の中にもリハビリテーションに関する協力の必要性が浸透したことが理解できる。

⑦手術患者について

リハビリテーションについてはあまり説明がなされていなかったが、当時、活発に行われるようになった外科療法の看護の実際はどのようであったのだろうか。胸部手術の術後のリハビリテーションや具体的な看護内容の記載は見られないが、看護管理の視点から手術患者に関する問題と課題が挙げられている。

手術例は月に約 40 例、地方ではまだ預血制度が十分でないことから、是非必要であると指摘している。

胸部手術については、付添い人なしに大手術で輸血 2,000cc という患者の看護を行なうために、術後病棟の勤務人員は、患者 1.6 人対看護婦 1 人という濃厚配置としたとのことである。しかし、これでも火の車であると業務の多忙さを表現している。人員配置の調整により、軽症病棟の看護業務は全くの食事配給人となってしまうと、軽症病棟での看護が回らない影響について挙げられている。そのほかにも術後病棟の暖房と酸素バイピングの早急な実現を念願しており、術後病棟の設備や資材を完備させ、患者の安全と看護を行ないやすくすることについて工夫が必要との課題が挙げられている。

⑧重症病棟について

結核療養所の手術に際しては設備が十分でないことを知ることができたが、重症者が療養する病棟においても同じことがみられたのだろうか。

重症病棟設備は、2 人か 3 人部屋があるだけで他には何の設備もなく、重症となった患者が転舎したがるということが第 1 の問題だとしている。その理由は、患者が「重症」という名前にこだわり、あそこに行くのと死ぬのだという意識が働き移りたがること、入所以来の主治医から離れることについても抵抗があるからという理由が挙げられている。主治医については退院後も終身主治医制度になっていることから、主治医の方でも離したがる感情が働くので当然のことだろうと捉えている。しかし、軽症病棟で深夜は他病棟からパトロールを受ける所に重症患者をおくのは無理があるので、徐々に説得して重症病棟へ移す方針である。

病棟環境の改善については、もっと魅力ある病棟にして、患者が喜んで転舎するようになりたいと考えられており、病棟を塗り替えて明るくし、スチームでも通して安静病棟とでも呼べば人気があるようになるかもしれないと、病床環境の改善についての展望が語られている。

看護婦の人員配置については、国立療養所の傾斜配置という方法があり、1957年頃に提唱されたとある。これにより、看護婦不足対策として、重症患者をまとめて看護要員を多く配置する方法がとられている。しかし、患者の危篤期間は床側看護をするために人手不足の極限に達したとしている。

一方、患者の心理状態まで把握して看護らしい仕事を行なうことができるのは重症病棟であると捉えている。しかし、経験年数の少ない若い看護婦は、重症病棟の勤務には向かないようであると述べており、人員配置には看護婦経験による配慮がなされていた。

⑨小児病棟

重症病棟の記述は、主に病床環境や患者心理についてみられたが、若年者を対象とした小児病棟ではどのような看護がなされていたのだろうか。小児を取り巻く環境要因は成長発達に大きく関与するものである。

小児病棟の病床数は40床で、乳幼児が常時10名入所しているため、看護婦の主たる業務は子どもの世話であるとしている。生後6カ月からの育児、幼児の遊びやしつけなどを看護婦が行なっている。保母要員を望んでいるが、職員の定員が看護婦の中からとなると夜勤回数が増すのでやむを得ず看護婦のみで行っているという。

小学生、中学生、高校生に対しては、寺子屋式の教育を行なうために夜間大学に通学中の看護婦1名を配置し、その他、週2回の英語の時間に応援の看護婦教師が1名対応している。寺子屋は、1962年から開始されたとあり、そのねらいは、養護学級の許可が出るまで学童に悪い遊びをさせない、勉強嫌いにならず何とか原学級に復帰させるためにと配慮されて取り組まれたものである。分校としての承認を得ることも考えられている。

小児病棟では他の病棟と違った婦長の苦労があるとしている。クリスマス、お正月、おひな様等々の行事やしつけに関するものである。全勤務員が同じような態度で小児に接していけるように、なるべく年齢、経験等も揃えたいとしているが、看護婦の第1条件は、子供好きの人としている。しかし、小児病棟でも人員不足で、夜勤回数に無理が出ていることも記されている。

成長発達期にある小児病棟では、保育、教育、しつけなどの実施がなされているが、ここでも看護婦不足による対応に看護管理としての苦労が窺える。また、教科教育への対応と分校の承認など教育に注力している方針を知ることができた。

⑩患者のもつ問題

これまで結核病棟における入所者の実態と看護についてみてきたが、結核患者の心理面に対する看護はみられなかったが、当時の結核療養所において、患者の話を聞いたり社会復帰に向けた経済面の悩みにはどのような対応がなされていたのだろうか。

患者の中には時々精神身体医学的面で専門家の助けを必要とするような患者があり、主治医で解決がつかない場合は、近接の施設の精神科医の診断を受け指示を仰いでいるとしている。そして、定期的に専門家の来所を受けるようにすべきであるとし、2、3の施設で行っているように、看護婦がカウンセラー的な知識をもって患者に接するように努力しなければならないと記している。

この結核療養所の専任のケースワーカーは 900 名の患者に対して 2 名であるという。もちろん、この状態では患者の経済面等の相談で手一杯で、諸問題の解決にまでは手がおよばないことから、婦長や主任がある程度相談にのった上で、ケースワーカーの専門的指導を受けるように連絡しているとしている。

このことから、看護婦にも心理的支援ができることが望まれるようになり、看護管理者はケースワーカーの一面を担うなど、看護業務は多様なことが求められたということを知ることができた。

⑪看護業務

結核療養所における看護婦の看護の実際について、具体的にはどのような看護がなされていたのだろうか。患者の安静度による看護について紹介されている内容をみていくこととする。

この結核療養所の看護婦の勤務体制は、1950 年頃から 3 交代勤務を全面的に実施している。病棟は小単位が多いことから夜勤回数が問題であり、深夜勤ではパトロールのみとなる病棟が 7 単位もあるとしている。この対策として、パトロール者が小型受信機を携帯し、呼び出し音を受けた場合、室外の表示ランプを見て、患者が呼んでいる場所を知るようにする、あるいは親器の所に行って話を受けるなど、ナースコールの有効な使用法が検討されている段階である。

看護婦配置がぎりぎりの勤務体制では、患者もかなり不満であることを看護婦側も理解している。看護業務については、多くの療養所が資料 7-5 のような安静度別による看護を行なっていると紹介している。

この安静度 3 度 b の例については、毎日の看護は配食についての世話の時間が最も多く、次いで検脈としている。与薬なども多くは 7 日分を渡しておいて、服薬確認をする程度でないと、3 度 a 以上の看護に手が廻らないという現状が述べてある。

清拭と洗髪は最も大きい看護業務とし、患者に喜ばれ、自然に患者の心情を知ることのできるよい機会だとしている。結核療養所では、1 週間に 1 回、確実に清拭を行なうというのが入退院の激しい病院と違う点であろうと述べている。

特に主任や婦長は、毎日患者の訴えを聞き、落ち着いて療養できるように環境の調整を行い、主治医を助けて、患者が結核に対する正しい療養方法を身につけて退所するように指導しなければならないと指摘している。

また、看護婦の結核に関する知識をもつことの指摘もなされている。看護婦も結核について相当に勉強しないと、患者の信頼が得られないことになる。結核菌の検査も定期的にしばしば行われるし、そのほかの諸検査や治療、記録等についても正しい理解と知識を必要とすること、その上、結核予防法や生活保護法の適用を受ける患者の業務上の手続等、主任や婦長の事務的業務は予想以上に多く、これらについても相当の知識をもたないと患者に不安を与える。つまり、個々の患者の状態を十分に把握し、理解することがよい看護管理の第 1 歩であると述べている。

この大森による論文は 1963 年であったことから、結核療養所の 1960 年代初頭の看護の実態について、看護管理の視点から知ることができた。入所した患者を速やかに回復させることを目指し、患者が安心でき安全に療養できる療養環境へ改善し、何より患者を理解

した看護が大切であることについて示されていた。

別表 安静度による看護基準表の1例

生活基準項目		安静度		1		2		3		4	
		看護度		特a	a	b	a	b	a	b	
床上横臥				全日	全日	全日	ほぼ全日	ほぼ全日	決められた時間安静		
観察	常時行う 適宜行う	○			○	○	○	○	○	○	
洗面	準備及び介助 準備のみ	○	○			○					
食事	準備及び介助 準備のみ 食補	○	○			○	○	○	○	○	
与薬	準備及び介助 準備のみ	○	○			○	○	○	○	○	
排便	準備及び介助 準備のみ	○	○			○	○				
排尿	準備及び介助 準備のみ	○	○			○	○				
清拭	床上で行う 清拭室で行う 半身のみ行う	禁止	○	○		○	○	○			入浴
洗髪	床上で行う 清拭室で行う	禁止	○	○		○	○	○			
身の廻りの整頓	○	○	○								
体位変換介助	○	○	○								
病衣更換介助	○	○	○								
咳嗽及び喀痰喀出介助	○	○	○								
ベット払い	○	○	○			○	○	○	○	○	○
爪切り	○	○	○								
小物洗濯	○	○	○			○	○				
結髪	○	○	○								
痰コップの処理	○	○	○			○	指示	指示			
フトン干し	○	○	○			○	○	○			
湯タンポ及び蚊帳の世話	○	○	○			○	○	○	指示		

資料 7-5

「安静度による看護基準表の1例」

<注>

- 1) 日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 112.
- 2) 蒲原宏(1967)新潟県助産婦看護婦保健婦史, 新潟県助産婦看護婦保健婦史刊行委員会, 新潟県: 序にかえて.
- 3) 前掲2): 序にかえて.
- 4) 日本看護協会編(1967)日本看護協会史・第1巻, 日本看護協会出版会.
- 5) 川上武(1997)21世紀への社会保障改革 医療と福祉をどうするか, 勁草書房.
- 6) 青木正和(2004)医師・看護職のための結核病学 結核対策史, 財団法人結核予防会, 63.
- 7) 勝沼晴雄 監修, 近藤東郎 編集(1973)新編 健康管理シリーズ4 成人の健康管理, 医歯薬出版, 20.
- 8) 川上武(1997)21世紀への社会保障改革 医療と福祉をどうするか, 勁草書房, 109.
- 9) 川上武(1982)現代日本病人史一病人処遇の変遷一, 勁草書房, 50.
- 10) 種々の見解があることを踏まえて、主に①～⑥が示されている。①医療需要の変化と医療技術の発達・専門化への対応、②人口の高齢化による保健・医療・福祉への住民のニーズと政策、③疾病構造・医療の変化による在宅医療・看護の役割の拡大、④大学教育として専門技術習得を希望する学生の増加、⑤1995年の医学部入学定員削減による大学運営上の問題、⑥少子化による大学の学生減少対策に看護の魅力。
- 11) 文部省改善案では、人間形成のための一般教養として“当時の大学の一般教養科目と同様の考え方”を示したのに対し、厚生省の意見は、人間形成に果たす役割を重視しつつも“看護専門科目を受けるための基礎教育的要素”に重点を置いた考え方であった(日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 東京, 94)。
- 12) 文部省改善案は、近い将来の医学の専門性を予測した“臓器系統別”に対し、厚生省意見は医師の専門性と治療の現実と教育から“診療科別の疾患と看護(例: 内科疾患と看護、外科疾患と看護)”であった(日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 東京, 94)。
- 13) アメリカでは、第二次世界大戦中から看護分野における全国活動のための総合計画が検討された。戦後、ニューヨークのカーネギー財団の資金援助を受け、社会学者のブラウン(Esther Lucile Brown)を中心にさらに研究が進められ、その成果を1948年に“Nursing for Future”(ブラウン・レポート)として出版された。その報告書には、社会の看護ニーズやヘルスニーズを満たすための適正な配分という視点に立って、将来の看護教育計画は、これらの要求に応えることを考慮して実施されるべきであることが述べられているものである。その後の看護教育の整備、看護教育の大学化が進むことに繋がった(グレイス・L. デロウリイ(1979)専門職看護のあゆみ, 千野静香他訳, 日本看護協会出版会, 260-263, /エスター・L. ブラウン, 小林富美栄訳(1993)ブラウンレポート=これからの看護, 日本看護協会出版会.)。
- 14) 日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 140-141.
- 15) 専門科目では、「看護学総論」が「基礎看護学」となり、「臨床看護総論」が加わった。

「老人看護学」は成人看護学から独立した。そして、各看護学は概論・保健・臨床看護に大別された。看護教員が中心となって看護の独自性を追求した理論と実践への教育が求められた。また、選択必修科目 150 時間は、各教育機関独自の特色が求められるようになった（日本看護歴史学会編（2014）日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ、日本看護協会出版会, 95）。

- 16) 講義時間 905 時間、実習 595 時間、計 1,500 時間に改正。内容は、医師・歯科医師・看護婦の指示の下に療養上の世話または診療の補助を行うことができる基礎的な知識と技術の教育としての位置づけを明確にするものとされた（日本看護歴史学会編（2014）日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ、日本看護協会出版会, 95）。
- 17) 厚生省医務局（1976）医制百年史 資料編, ぎょうせい。
- 18) 戦後の 1947 年に精神科の看護人だけで結成された。結成のきっかけは、前年の 1946 年に国立武蔵療養所の成次和生看護長らが保助看法の草案の中に看護人についての規定がないことを知り、厚生省に何度となく陳情した結果、ようやく附則に準用規定が盛り込まれた。（日本精神科看護協会（1974）協会史, 日本精神科看護協会。）
- 19) 1953 年開校した国立国府台病院附属高等看護学院は、戦後いち早く男子学生を受け入れた。
- 20) 友岡道子（2016）看護管理に対する看護職の認識ー看護管理教育の変遷による影響ー, 東京女医大看会誌, 11(1), 31-36.
- 21) 草刈淳子（2010）戦後の看護管理思想の発展過程と今後の課題, 看護理, 20(12), 1070-1077.
- 22) 日本看護協会（2007）看護にかかわる主要な用語の解説ー概念的定義・歴史の変遷・社会的文脈ー, 日本看護協会。
- 23) 日本看護歴史学会編（2014）日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 124
- 24) 日本看護歴史学会編（2014）日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 124
- 25) 石川操（杉並西保健所）（1962. 06）結核患者の看護計画, 看護, 14(6), 48-56.
- 26) 村田千幸（愛知県立愛知准看護学院）（1972. 06）肺結核症患者の看護, 看護教室, 16(6), 62-64.
- 27) 古川敦恵（東京国療）（1972. 02）肺結核の看護, 看護学生, 19(12), 35-37.
- 28) 吉田ハツ（京都第一赤十字病院）（1962. 08）栄養面での結核看護, 看護教育, 3(8), 9-12.
- 29) 長谷川博子（鳥大）（1969. 1）肺結核患者の安静指導, 看護学雑誌, 33(10), 96-103.
- 30) 市川敏子（公衛院）, 小林フユ, 富田二三枝, 鳥飼リリ, 平野イツエ, 古田享子, 向田瑠美子（1964. 02）より良い看護をする為に結核看護法 Group 研究より, 看護教育, 5(2), 49-56.
- 31) 中川ノブ子（国療中野病院）, 雨宮明子（1972. 05）結核のケース・スタディ, 看護学生, 20(2), 43-47.
- 32) 渡辺キシ子（県立新居浜療養所）（1964. 03）老人結核とその看護, 愛媛県立病院学会会誌（0289-5463）2 巻, 146-149.
- 33) 白井奈美（国療新潟准看護学院）（1974. 09）結核の長期療養における看護婦の役割, 看護学生, 22(6), 57-60.

- 34) 飯野絹子(国療清瀬病院)(1974. 02) ナーシングサロン 結核の病像の変貌とともに一今日の結核看護について, 看護学生, 22(12), 10-11.
- 35) 小島ユキエ(日本看護協会)(1974. 12) 結核予防に対する再認識を, 保健婦の結核展望, 12(2), 48-49.
- 36) 高畑寿美子(虎の門病院)(1968. 12) 結核病棟に於ける患者指導, 看護技術, 14(14), 80-84.
- 37) 国立療養所心理的看護研究班理論体系的研究 Group(1963. 11) 核患者の心理的看護に関する研究(1) 結核看護場面に於ける心理的事項の理論体系的研究(1), 国立結核療養所共同研究年報 3 巻, 262-263.
- 38) 国立療養所心理的看護研究班心理的面接研究 Group(1963. 11) 結核患者の心理的面接看護に関する研究(1), 国立結核療養所共同研究年報 3 巻, 264-269.
- 39) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に対する心理的看護の研究(2)(1) 看護場面に於ける心理的実態の実証的研究(2), 国立結核療養所共同研究年報 4 巻, 97-99.
- 40) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に対する心理的看護の研究(2)(2) 看護場面に於ける心理的面接の臨床的研究(2), 国立結核療養所共同研究年報 4 巻, 99-104.
- 41) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に対する心理的看護の研究(2)(3) 心理的看護の為の Nurse の Personalwork 的研究(2), 国立結核療養所共同研究年報 4 巻, 104-108.
- 42) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に対する心理的看護の研究(2)(4) 限界状況に於ける精神的看護の研究(1), 国立結核療養所共同研究年報 4 巻, 109-114.
- 43) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に対する心理的看護の研究(3)(1) 看護場面における心理的実態の実証的研究(3), 国立結核療養所共同研究年報 4 巻, 115-117.
- 44) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に対する心理的看護の研究(3)(2) 看護場面に於ける心理的面接の臨床的研究(2), 国立結核療養所共同研究年報 4 巻, 117-120.
- 45) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に於ける心理的看護の研究(3)(3) 心理的看護の為の Nurse の Personalwork 的研究(3), 国立結核療養所共同研究年報 4 巻, 120-124.
- 46) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に対する心理的看護の研究(3)(4) 限界状況に於ける精神的看護の研究(2), 国立結核療養所共同研究年報 4 巻, 124-135.
- 47) 山田八重子, 斎藤美代(1965. 04) 結核病棟における精神看護, 看護技術, 11(4), 23-29.
- 48) 谷田部和子(栃木国療)(1967. 11) 重症結核患者の心理と看護, 看護学雑誌, 31(12), 100-103.
- 49) 深津要(八事国療)(1966. 02) 重症患者の精神的看護国立療養所結核心理的看護協同研究班の研究症例からみて, 看護技術, 12(2) 59-65.
- 50) 再春荘精神的看護研究グループ(1968. 04) 重症結核患者に対する医師との協同に由る

- 精神的看護の臨床的研究国立療養所重症結核精神指導療法協同研究班, 総合看護, 3(2), 84-92-83.
- 51) 国立療養所重症結核精神指導療法協同研究班, 再春荘精神的看護研究グループ (1969.01) 重症結核患者に対する医師との協同に由る精神的看護の臨床的研究(2), 総合看護, 4(1), 101-113.
- 52) 国立療養所結核心理的看護協同研究班グループ (1966.1) 限界状況に於ける精神的看護の研究, 看護技術, 12(11), 106-114.
- 53) 矢野田鶴子(宮崎国療結核病棟) (1973.08) 訴えの多い長期入院患者への援助, 看護学雑誌, 37(8), 968-972.
- 54) 半田幸子(広島市民病院結核病棟) (1973.07) ベッドサイドの看護入院生活に不安をもつ結核患者への援助, 看護学雑誌, 37(7), 840-848.
- 55) 北原政子 (1963.07) 結核病棟における清拭患者の意見をきいて, 看護技術, 9(7), 37-43.
- 56) 小野光子(神奈川県秦野保健所) (1974.03) 適正療養を拒否しつづけた感染性肺結核患者の看護, 保健婦雑誌, 30(3), 227-240.
- 57) 深津要(八事国療) (1967.10) 結核患者社会復帰のための心理的看護, 看護技術, 13(12), 98-103.
- 58) 長谷川博子(鳥大付属病院結核), 上橋聡子(1974.12) 退院したがる長期入院結核患者への援助, 看護学雑誌, 38(12), 1224-1227.
- 59) 深澤要(八事国療) (1963.01) 心理面からみた結核患者の指導と実際, 看護技術, 9(1), 22-28.
- 60) 高田常(国療銀水園), 佐藤幸子(1966.02) 趣味の助長による重症結核患者の心理的看護の試み, 看護技術, 12(2), 51-58.
- 61) 坂口宮子(愛知県尾張病院) (1966.01) 肺結核外科療法の看護, 看護学雑誌, 30(1), 83-87.
- 62) 剣持雪子(国立東二病院), 渡辺建子(1966.11) 脳結核腫の術後看護, 看護学雑誌, 30(11), 77-80.
- 63) 山本喜代美(国療愛媛病院), 本田久子(1974.1) 慢性疾患患者へのリハビリテーション的アプローチ退院したがる結核患者への働きかけ, 看護技術, 20(13), 52-56.
- 64) 山崎泰子(神奈川県立長浜療養所) (1974.06) 長期療養結核患者の自立への援助, 看護学雑誌, 38(6), 45-647.
- 65) 古川敦恵(国療東京病院) (1973.11) 飲酒癖のある結核患者の看護社会復帰のための援助を中心に, 看護技術, 19(15), 43-49.
- 66) 大井百代(東京国療), 藤井華井(1967.04) 最近の結核看護の問題点肺結核外科におけるリハビリテーションナーシングを含めて, 看護, 19(4), 14-22.
- 67) 内田モモエ(鹿児島国療) (1966.12) 小児骨関節結核の運動療法における看護, 看護研究学会集録 15回, 112-114.
- 68) 大井美知子(兵庫県立厚生女学院) (1964.08) 結核を持つ小児の生活指導, 看護学雑誌, 28(8), 88-91.
- 69) 松本利江(群大) (1962.06) 結核病棟管理の実際, 看護教育, 3(6), 35-38.
- 70) 大森文子(中野国療) (1963.01) 結核療養所における看護管理の問題点, 看護技術, 9(1), 15-21.

- 71) 八板作子(聖路加病院), 竹内和泉, 吉井良子, 光吉いく子(1963. 09) 結核病棟に於ける24時間の看護業務内容の考察, 看護学雑誌, 27(9), 77-86.
- 72) 前原義雄, 濱高美貴子, 片桐久子, 板崎久子(1963. 01) 結核医療に関連する領域の総合的研究看護婦疲労度測定, 看護技術, 9(1), 37-42.
- 73) 津曲イマ(公立学校共組九州中央病院), 吉岡ハツ子, 山下カツ子, 藤田都奈美, 木村洋子, 鶴田久子, 永松智津子, 三小田瑠璃子, 蒲池芳江, 熊谷美津子, 玉利敏子, 古賀節子, 土屋昌武, 河辺敏雄, 赤星一郎(1964. 03) 看護業務の合理化と業務内容の向上についての研究(2) 結核病棟において看護単位を一つのブロックとする研究, 病院, 23(3), 59-61.
- 74) 二宮サヨ(中野国療)(1965. 1) 看護婦の健康結核病棟に於ける健康管理, 看護技術, 11(10), 40-42.
- 75) 大森文子(中野国療)(1965. 1) 看護婦の健康結核療養所に於ける健康管理, 看護技術, 11(10), 43-49.
- 76) 看護管理共同研究斑班(1968. 03) 国立結核療養所における総合看護のための看護体制の研究, 国立療養所共同研究年報(結核, その他), 5巻, 126-139.
- 77) 榎本美以子(鹿大病院), 松元イソ子, 中仮屋ヒデ子, 田上やす子, 加治屋リヤ子, 口脇マサ子, 永田千鶴子, 福德憲子(1971. 03) 結核混合病棟における看護業務内容の再検討, 看護研究学会集録 19回, 48-50.
- 78) 斎藤冠菊(札幌国療), 谷村清子(1968. 11) 老齡肺結核患者の看護について一老齡患者に対する看護技術所要時間に関する調査一, 看護学雑誌, 32(12), 96-100.
- 79) 看護管理共同研究斑班(1968. 03) 昭和40年度年度看護管理共同研究報告, 5巻, 140-144.
- 80) 国立結核療養所看護管理共同研究班(1969. 03) 昭和41年度看護管理共同研究報告, 国立療養所共同研究年報(結核, その他), 6巻, 159-169.
- 81) 国立結核療養所看護管理共同研究班(1969. 03) 昭和42年度看護管理共同研究報告, 国立療養所共同研究年報(結核, その他), 6巻, 185.
- 82) 国立結核療養所看護管理共同研究班(1970. 03) 昭和43年度看護管理共同研究報告(第3報), 国立療養所共同研究年報(結核, その他), 7巻, 83-96.
- 83) 国立結核療養所看護管理共同研究班(1970. 03) 昭和44年度看護管理共同研究報告(中間報告), 国立療養所共同研究年報(結核, その他), 7巻, 97-107.
- 84) 岩垂みはる(国療中野病院), 畠山サカエ(1973. 11) 結核病棟; その看護管理上の諸問題, 看護技術, 19(15), 65-71.
- 85) 森加子(板西国療)(1967. 01) ケースカンファレンスの実際 結核患者○谷氏の場合, 重症結核患者の心理と看護, 看護技術, 13(1), 72-78.
- 86) 緒方ミチ子(国療刀根山病院)(1968. 09) 結核患者のカンファレンスの進め方実例と考察, 看護技術, 14(10), 66-71.
- 87) 徳永悦子(厚生年金病院)(1962. 01) 骨関節結核の看護法, 看護教育, 3(1), 21-25.
- 88) 豊田シマ子(村山国療), 杉沼としえ(1966. 07) 肺結核に糖尿病を合併する患者の看護問題点とその対策, 看護学雑誌, 30(7), 78-81.
- 89) 新谷佳子(関大), 出口多摩子, 川端和子, 和田ツヤ子, 阿部米子(1966. 12) 肺結核に於けるTH, SF療法に併発した肝性昏睡の看護の1例報告, 看護研究学会集録 15回, 286-288.
- 90) 絹川和子(兵庫国療), 山本菊江, 吉見敦子, 酒井貴美子(1967. 1) 結核を伴う小児気管枝喘

息の看護, 看護技術, 13(12), 104-111.

- 91) 北島美寿子(国療下志津病院)(1967. 12)肺結核を併発せる進行性筋ジストロフィー症患者の日常生活指導について, 看護研究学会集録 16 回, 204-206.
- 92) 出貝美津(田浦共済病院), 野村久美子(1968. 11)肺結核に合併した尿崩症看護の 1 例, 共済医報, 17(4), 564-566.
- 93) 松尾千代子(陸上自衛隊福岡地区病院), 山本静代(1972. 03)肺結核兼肺吸虫症患者の看護, 陸上自衛隊福岡地区病院研究年報, 昭和 46 年度, 37-39.
- 94) 二宮和子(愛媛国療), 近藤律子, 日野百合子, 重松ミヤ子, 山本久枝, 阿部敏子, 松岡安子(1973. 04)肺結核に肺性心を合併した肥満患者の管理, 看護研究学会集録 21 回, 303-305.
- 95) 都立府中病院結核科(1973. 11)動脈硬化症, 精神分裂症を伴った老人結核患者の看護, 看護技術, 19(15), 34-42.
- 96) 吉崎ヨシ(国療松戸病院), 渡辺貴美子(1973. 11)高血圧症を伴った老人結核患者の看護, 看護技術, 19(15), 20-33.
- 97) 中井蔦枝(愛媛県立今治病院), 池内栄子, 高橋恵子, 谷向俊子, 古市久美子(1974. 11)結核病棟における脳卒中患者の看護例, 愛媛県立病院学会会誌, 12(2), 150-153.
- 98) 戸次澄美子(神奈川衛生短大)(1967. 1)結核訪問活動の問題点, 看護技術, 13(12), 93-97.
- 99) 小山洋子(国療刀根山病院)(1973. 11)退院結核患者の継続看護—地域保健所との情報交換のための調査を中心に—, 看護技術, 19(15), 58-64.
- 100) 柳橋澄子(国立公衆衛生院), 東野妙子, 茅野泰子, 赤井和子(1969. 01)結核患者の継続看護臨床看護と公衆衛生看護の連繫, 看護研究, 2(1), 22-47.
- 101) 1974 年に名古屋地裁において、遺族である妻が「亡くなった夫に褥瘡ができたのは、看護師の怠慢が原因である」と訴えた。1975 年に地裁で無罪の判決が出たが、原告が上訴し争われた。1985 年に 100 万円で和解が成立した。そのときに、1985 年 10 月 13 日付毎日新聞の見出しに「床ずれは看護怠慢」の記事が載り、日本の看護界に「褥瘡は看護の恥」という言葉が広まった。「褥瘡は看護の恥」という言葉は、上記の褥瘡裁判の証言台に立った、北海道大学医学部付属病院脳外科病棟の副婦長の発言である。
- 102) 厚生省医務局国立療養所課内 国立療養所史研究会(1976)国立療養所史 (結核編, 財団法人 厚生問題研究会, 178.
- 103) 日本看護歴史学会編(2014)日本の看護のあゆみ—歴史をつくるあなたへ, 日本看護協会出版会, 東京日本の歩み, 122.
- 104) 以前は、IVH (intravenous hyperalimentation) と呼ばれていた。正式には TPN(total parenteral nutrition) という。心臓に近い鎖骨下静脈や内頸静脈から専用の穿刺針を刺し、中心静脈(上大静脈)までカテーテルを挿入する。高カロリー輸液を投与するのが一般的である。
主に、経口から栄養摂取が困難な場合や、消化管での栄養吸収が障害された場合、末梢静脈栄養が長期化されると予測される場合に用いられる。用いられる輸液には、アミノ酸や糖質、脂肪、ビタミン製剤など生命維持に必要な栄養素が含まれている。この輸液は高濃度のため、末梢静脈から投与を行うと静脈炎を起こしやすいため、血流量が多く、速やかに希釈できるような太い血管がある中心静脈から細かいカテーテルで注入する。

- 105) PPC (Progressive Patient Care) とは、病状と看護の必要度に応じて患者を分け看護力を段階的に分化して効率よく配分すること。看護面からだけでなく、病院サービス全体からみても数多くの利点があるとされている。PPC プログラムの概念は米国に生まれたもので、結核療養所の例では、内科的・外科的な治療手段や患者の病状の軽重（安静度など）に応じた看護単位区分をおこない、看護力をそれぞれの必要に応じて「傾斜配置」することなどである。（伊藤誠（1965）特集 PPC 計画 PPC プログラムと病棟の建築計画，病院，24（4），医学書院，31-38. 大森文子（1965）結核病院における PPC 計画の経験，病院，24（4），医学書院，18-21.）
- 106) 川上武（2006）戦後日本病人史，社団法人農山漁村文化協会，146-147.



終章 まとめと課題

1. 本研究のまとめ

結核看護の歴史を辿り、結核療法の流れとともに多数の死亡者や死に脅かされてきた患者と結核看護の実際をみることができた。

そこには、医療が発展した現在では十分に想像を巡らすことのできない患者の実態があった。結核について紐解くと、1882年に Robert Koch が結核菌を発見した以降、結核が日常的であるとの認識や、それによる感染の拡大、化学療法の導入までは大気・安静・栄養による治療が行なわれてきた。しかし、患者の中には病状の悪化による長期療養で人生の先が見えないことから不安や苦悩により、生きるために民間療法を行わざるを得ない状況にもなり、返って病状が悪化してしまう結果に至った患者もいた。こうした患者の生活背景には貧困の問題が表裏一体であった。結核に罹患したために人生を全うできず死に至ってしまった患者が多数みられたのは統計上明確になっているが、それ以上の死亡者があったことには違いない。知られているのは書物を通して歴史上の著明な人物の名であり、一般庶民の名は残されていない時代もあった。死者の立場からすれば無念なことであろうが、死者の名を記していない限り知ることができず、死者への思いを馳せることさえできないものである。結核により多数の死者が出た場合、その実態が数量データで示されることにより、早急に医療体制を整えられるという利点はある。しかし、これでは死者の一人ひとりが全体のデータの中に埋もれてしまい、個人を見ることなく数量で見てしまう結果となる。一塊のデータで示されたものでは、個人を知る由もなければ悼むことさえできないものである。結核の療養で闘病した人は、氏名の公表について諸処の事情があると思われるが、最も大切にしなければならないことは、死者のデータの中に個人が存在していたことである。

結核患者の中には療養生活が10年以上と長きに渡るなど、慢性疾患が故に長期の闘病生活となった患者もいた。この「療養」の用語については、結核史を辿る過程でしばしば見られる。現在の看護教育においても療養支援などとして「療養」が使われており、本研究においても「療養」という用語を自然に使ってきたのだが、どのような意味で使われて来たのかという背景を調べると、青木が著した『結核の社会史』¹⁾に、法律用語として「療養」が使われるようになったことが述べてあった。「療養」という言葉は1920年代に入って急増したとのことである。その理由は次のように述べている。

1900年代から1910年代にかけては結核対策の黎明記である。結核に関する法律が整い始め、結核予防団体を中心に結核予防運動が本格化する。この流れに合わせて法律用語として「療養」が一般的に使われるようになる。

法令の紹介について、1904年「肺結核予防ニ関スル件」は、結核の感染を防ぐために「地方長官ノ指定シタル鉱泉場、海水浴場、転地療養所」における注意事項を示していること、1914年「肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル法律」は、30万人以上の都市に結核療養所の設置を義務付けていること、また、1919年「結核予防法」は、公立療養所の入所対象

者を「療養ノ途ナキモノ」に限定していることなど、法律用語として定着したことを解いている。そのほかにも、療養に類する言葉として「養生」を挙げ、「養生」が「健康を増進する」や、「生命を養う」という意味に対して、「療養」には近代医学のもとで行なう治療行為という意味があることも示している。そして、数々の療養書が養生でなく「療養」を使ってあるのは、療養生活が近代の医学の管理のもとに行われる治療行為であり、人々のあいだに近代医学に対する信頼と期待が広がったからであると説いている。このことから、現在の医療において療養という言葉が使われていることが理解できる。

さて、序章において、本研究の目的を次のように挙げた。

かつて日本で猛威をふるった結核については、これまで結核看護に焦点をあてて時代の流れをとおして記された文献が見られないことから、歴史における結核政策および結核治療、看護教育制度の背景をとおして、医療施設に入院した結核患者に対して看護婦が行なった結核看護の歴史的事実について明らかにすることである。また、結核看護の実践内容については、看護の役割そのものが、1948年「保健婦助産婦看護婦法」の制定において2大看護業務とされた「療養上の世話」と「診療の補助」の2つの視点を中心として明らかにすることである。

結核看護史の各時期における結核政策、結核治療、看護教育制度および結核看護の実践について、次のようにまとめることができる。

1) 結核看護史第I期 1882年～1901年、Robert Kochが結核菌を発見した年から日本で初めて取り組まれた「畜牛結核予防法」制定までの「結核対策混迷期」

1882年までの伝染病を対象とした法令は、1874年に発布された医制において腸チフス、コレラ、天然痘、麻疹の四種であったのが、1880年伝染病予防規則では腸チフス、コレラ、赤痢、ジフテリア、発疹チフス、痘瘡の六種伝染病となった。

1897年には新たに伝染病予防法が制定され、ペスト、猩紅熱が加えられて八種の伝染病が対象となった。伝染性が強く生命に危険を及ぼす伝染病を指定し、その予防・対策について定めた法律である。こうした急性感染症の流行に伴い法令が定められたのだが、結核は含まれていなかった。

感染症に対する政策が進められる中で、伝染病予防法が公布される以前には、京都看病婦学校の7回生であった田中定が『赤痢虎列刺病看護法(1895)』、『八種伝染病看護法(1897)』を教科書として著している。これは結核看護を対象とした書ではないが、急性伝染病に罹患した患者と死亡者の急増という社会問題に対応できる速成看護婦養成を目的とした教科書として作成され、内務省衛生局から評価されるなど教育書として質が高いものであった。当時の看護書では、家庭を対象とした平野鏡『看病の心得(1896)』、大関和『八種伝染病看護法(1899)』があり、大関は同年に看護婦を対象とした『派出看護婦心得(1899)』を著している。

そのほか、看護教育に関することとしては看護管理者養成が行われ、その始まりは、官立の看病婦見習い規則による看護教育により、1888年に誕生した看護婦取締であるとされる²⁾。その後、看護婦長と呼称が改められ、1889年に婦長養成教育が始まっている。1900

年の看護婦長服務心得書には、服務の中心が物品管理・環境管理、患者・付添人・見舞人に対する監視の役割を課せられており、当時の看護管理者は、病床や看護人等を監督する者とされていた³⁾。

したがって、結核看護史第Ⅰ期には、看護婦による伝染病看護の教科書が作成され、臨床では看護婦長という管理者の存在があり、のちに通じる看護管理のしくみがすでに形成されていたということである。

しかし、感染症看護が求められる状況において、看護婦についての国家レベルでの規定、登録機構の整備はなされていなかった。そのため、看護婦教育・看護婦資格・看護婦の業務は一定せず、身分は不安定であった。明治・大正期の病院数は少なく、看護婦の最大の需要は派出看護婦会による派出看護の仕事であった。この派出看護婦のレベルを一定に保つ必要があり、1900年に「東京府看護婦規則」（府令第71号）が発令された。これは日本で最初の東京府による看護婦の規則で、この規則は、官公立、私立病院の看護婦を除く派出看護婦および開業医で働く看護婦を対象として、医療行為の禁止、看護婦による看護業務制限が出され。この規則の目的は取り締まりの要素が強くされたものであった。

翌年、1901年「東京府看護婦規則」が改正され、官立・府県立病院で3年以上の修業年限を有する学校、養成所の卒業生に無試験で免許を与えた。該当の病院は、有志共立東京病院、東京市養育院、日本赤十字社病院などであった。無試験で看護婦資格を与えた理由には、戦時下で傷病者が増えたことや、産業革命による資本主義の急速な発達で不衛生な生活環境と貧困による栄養不足などにより、感染症患者の増加をもたらしたことがあった。農村でも地租や年貢に苦しむ農家の若い女性が、紡績工場や女中、娼妓として働かざるを得ない生活状況にあり、看護婦を希望する者は都市の病院や開業医院、派出看護婦会に住み込みで働きながら看護婦資格を得ようとする女性が増加していた。

結核の療養施設としてはサナトリウムの建設がみられたが、この時期にはわずかに市立療養所があるだけであり、療養所は一般の人々にはほど遠い存在で、結核患者は家庭で看病することが多かった。サナトリウムでは、自然治癒を待つ肺結核患者には大気・安静・栄養でよかったかもしれないが、結核が進行し全身が侵されていく重症患者には治療の限界があったことは否めない。

1901年に発令された「畜牛結核予防法」の年に、北里柴三郎により結核患者隔離の提言がなされたが、人への結核対策が明確でなかった明治期の結核は、国民には身近な病気として認識され、隔離についての認識は十分でなかったと推察する。

結核看護の実際では、『看護婦派出心得(1889)』に記されている結核に関する内容を見ると、「痰壺の掃除と洗浄」が挙げられているが、肺結核看護に限定した内容はみられず、当時流行した急性感染症看護についての内容であった。書の文末にある「看護婦実業の唱歌」においては、身体面の看護だけでなく、患者の心理面を理解した看護ができることが望まれており、看護婦は療養する患者の身近な存在として、医師の多くが関心を寄せていなかった療養者の心理面に向き合うことを大切にしていた。

2) 結核看護史第Ⅱ期 1902年～1919年、日本で最初の予防法令である「肺結核予防ニ関スル件」(内務省令第1号)から「結核予防法」が制定された「結核対策創生期」

1904年には、日本で最初の予防法令である「肺結核予防ニ関スル件」(内務省令第1号)が制定され、結核は痰を介して伝染するという学説に従い、公衆の集まるところに痰壺を置き、痰の消毒、結核患者の居住部屋、使用した物品は消毒をするように決められた。

社会面では、産業革命が一層広がりを見せるようになった。工業化の発展とともに、その一方で日露戦争後の人々の暮らしは困窮していた。製糸工場の女子労働者の問題は、成長期の栄養不足のみならず劣悪な生活環境下で、健康状態を維持することさえ難しい状況であった。女工の人間としての扱いがなされなかった寄宿舎生活、栄養不足、劣悪な労働環境下における連続徹夜業などにより、工場労働者に結核をもたらす誘因は多数あり、結核となった女工の行く末は行き場もなく悲惨であった。その一方、「資本家はこの事態を反省・改善せず、かえって工場医に女工の結核が少ないと報告させ、診断名を偽り、事態を糊塗していた」⁴⁾という実態があり、社会にその惨害を警告し、女工のために闘った石原修の存在は大きかった。工場と農村を調査し、女工の出稼ぎと帰郷、死亡率と罹病歴の調査を進め、結核帰郷者と結核死亡者の事実をつきとめ、1913年「衛生学上より見たる女工の現況」を発表し、つづけて『女工と結核』に要約した。これが、労働者保護を目的とした1911年「工場法」公布、1916年施行を促進した。しかし、結核蔓延は繊維女工だけでなく軍隊でも結核が多発するようになり、結核で就労ができなくなり帰郷した女工や兵士から伝染して全国に蔓延した。

結核の蔓延状況において、1913年には日本結核予防協会が誕生し、患者の隔離や消毒、予防や衛生について協議されるようになった。

病院建設は、1911年から急速に増加し、看護の場所が家庭看護から施設看護へと変化がみられた。1914年に「結核療養所及国庫補助ニ関スル法律」(法律第16号)が制定され、人口30万以上の市に対して、療養の方途のない肺結核患者を収容するための療養所を設置したが、当時の結核死亡数は増加を続け、1919年には人口5万以上の地方公共団体に療養所の設置を命ずることが出来るように「結核予防法」(法律第26条)が制定された。この法律は、結核の予防および結核患者に対する適正な医療の措置について定めた法律である。

結核治療では1900年代から人為的療法として、新たに外科的処置や薬物を使った治療が行われた。人為的療法には理学的療法、外科的療法、ツベルクリン療法、薬物療法、身体鍛錬法、運動療法、ヘトール療法、水治療法などがあり、自然的療法には、飽食療法、栄養療法、空気療法、気候療法、保養療法、日光療法、転地療法、安静療法、牛乳療法などがあつた。大量皮下注射は、日本では1910年代に普及し、のちの戦後においても結核で衰弱した患者に大量皮下注射が行われていた。

看護教育では、国により看護婦教育の制度化が行われたのは、1915年6月30日「看護婦規則」(内務省令第9号)の制定からである。この規則によって“看護婦”の名称が法的に定められ、全国的な看護婦の身分法が制定され、看護婦、准看護婦の資格が明示されるようになった。しかし、看護婦のほかに「看護補」「乙種看護婦」「速成看護婦」「別科看護

婦」「看護婦見習」の5つの名称が使用されていたことが明らかにされている。これらの名称は、1915年の看護婦規則によって、看護婦、准看護婦に統一された。

桜井女学校付属看護婦養成所の卒業生で派出看護婦会を設立した大関は、看護の実践を基に1899年から『看護婦派出心得』を発刊し、1917年に5版を出している。1904年には、日本ではじめて「肺結核予防ニ関スル件」が制定されたが、その後の発刊においても、結核そのものについての看護を説明した内容はみられない。「医語」の「呼吸系用語」の項目は、初版から「喀血」「血痰」「喀痰」が継続して記されているが、これらの症状に対する看護の説明までには至っていない。また、「肺結核予防ニ関スル件」では痰壺の設置が示されたが、喀痰の処理は記されていない。

その後に、看護婦に向けた『実地看護法（初版 1908）』は、日本人の女性による日本で最古の本格的看護教本と称えられている。また、結核看護について記された初めての書であった。第1編～第3編と付録からなる全334ページの大作で、第2編「伝染病」の第66には「肺結核看護法、並に喀血患者の所置」について9頁を割いてある。目次には肺結核看護法が設けられ、結核の病態生理の説明に続けて、6つの看護法について説明している。日常生活援助および、「喀血患者の処置」について説明があり、予防の視点についても重視されている。

患者に対しては症状によって慎重に対応すべきことが挙げられている。

肺結核はこれまで不治の病としてきたので、現在、肺結核病者に対し、この病を明らかにしないため、公に消毒法を実行せず、隠密に消毒し、本人に悟られないようにする場合がある。その時は看護にあたる者が最も困難とする所である。

また、喀血患者の処置に際しては、

多量の喀血がある時は、赤色の含嗽薬を排水器、痰壺にも入れておき、患者に悟られないようにする。これに付き添う看護婦の同情の涙は、この職にある者として慎まねばならない所である。

これは患者の心情を察しての対処であるが、思わず現在の看護のありようを考えさせられる内容である。喀血した患者に少なくとも不安を与えないように、看護婦にできることを教示してあり、この文面に大関の患者を尊ぶ看護を感じられる。

本書により、結核看護史の第Ⅱ期から、結核患者の日常生活援助とともに喀血処置、結核に苦悩する患者の心理面を支える配慮や看護婦の態度について明記されていたことが分かった。

3) 結核看護史第Ⅲ期 1920年～1936年、戦時下において医療体制が発達した「結核対策増進期」

1922年に、日本で最初の「健康保険法」が成立し、医療政策としてはじめて生活保障の段階に入り、受療の機会を得ることができるようになり、結核患者にとっては療養の場が整っていない状況下で1つの大きな救済となった。

結核政策では1914年に、「肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル件」が公布され、公立療養所も本格的に建設され出した。しかし、1920年の公立療養所は、東京市療養所、大

阪市立刀根山療養所、横浜市療養院、神戸市立屯田療養所の4カ所のみで、患者数には到底見合うものではなかった。開設が認可されても、すぐに地域住民による反対運動が起き、不治の病や死の病氣と恐れられていた患者を受け入れるための病院建設は遅々としていた。伝染病対策は、病人よりも社会や健康者のための施策という考えがまだまだ強かった時期である。女工が結核に罹患し帰郷したところで、そもそも入所できる結核療養所はなく、その後の生活は死に至るまで過酷であった。

1930年代に入ると、翌年には公立結核相談所の設置がなされ、健康相談所が東京大塚に最初に設置された。しかし、相談所の開設では重症患者の日常生活の救済には程遠く、家庭での看護に頼らざるを得なかった。

社会情勢においても戦時体制の進展により結核患者数が増加の一途を辿るなか、特に男性の死亡率の上昇が著しかった。内務大臣は保健衛生審議会に結核予防対策の強化を諮問し、1934年に「結核予防の根本的対策」が答申され、結核病床の3,000床増床、結核発病防止相談所を人口10万につき1ヶ所、全国で650建設、結核予防法を改正し届け出制度を新設することなどを答申した。これを受けて、1936年から結核予防国民運動が展開され、次の結核看護史に該当する1937年に保健所法の制定に至った。

結核治療面では引き続き、大気・安静・栄養を原則とする自然療法が中心とされ、結核療養所は、患者隔離と適切な療養方法を身に付けさせる場であってもなお、対症療法がなされ、感染対策では、消毒と病人の隔離に重点を置かれていた。

また、1920年代には、これまでよりもさらに数々の人為的療法が行われるようになり、動物療法、砂枕法、温石療法、土砂療法、過栄養療法、断食療法、雪中療法などが挙げられている。自然的療法では森林気候療法、高地気候療法、低地気候療法、胃腸休養法、内省療法など、効果の相反したものがみられる。決定的な治療法がないためか、試行錯誤し単に成果があった療法が行われていたと推察する。

看護に目を向けると、「看護婦規則」による教育機関の中で、聖路加は先駆的であった。看護は看護婦が教育することとし、生徒は看護要員としてではなく、看護を学ぶ実習生とした。1920年には、高等女学校卒業生に3年間の看護教育をする聖路加国際病院附属高等看護婦学校を設立している。1927年には、旧制専門学校の聖路加女子専門学校となり、この専門学校は文部省認可による看護を学ぶ高等教育学校として初めての教育機関となった。看護は看護婦が教育するという考えは、この時からであり、看護婦主導による看護教育が行われた看護教育体制の革新的な第一歩である。

臨床看護に注目すると、この時期の病院における看護業務に関する資料には限界があった。看護業務については慈恵医療の病院資料でも、看護業務の記載が見られず、患者中心の看護の実践がどの程度行われていたのか、結核看護史第Ⅲ期にあたる1920年～1936年の病院看護における看護研究についても、探ることができていない。

この年代に求められた看護婦の資質については東京市療養所が求めた内容によると、看護婦採用試験も実施され、体格・品格をもち、学力に関する読解力・記述力・計算力を有しており、結核の知識、看護技術を修得し実践力を備えた看護業務を遂行できる人であった。つまり、健康で一定の能力を有し、看護技術を身に付けた実践力と共に、人間力のあ

る人材を求めていたということである。このように試験を実施し、求める人材を明確にした背景には、看護婦の質低下が危ぶまれたからである。その背景には、病院看護婦の需要を満たすために、見習い看護婦の存在があったことが影響した要因の一つでもあった。大病院は指定看護養成所を設けていたので、看護婦の需要は満たされていたが、派出看護婦会、私立病院、個人病院などは、医師や派出看護婦会長が見習い看護婦養成のための看護婦学校を開設していた。しかし、看護婦学校受講後、看護婦試験に合格し、資格を得た者は、ほとんど派出看護婦会に所属するようになっていったため、大正時代は、見習い看護婦の数が病院、医院に多く所属していた。

入院患者に目を向けると、1922年の健康保険法の成立により国民医療が普及したことで、それまで富裕な自宅療養患者も家庭での看護の需要が高かったが、入院治療に変わったことから、家庭での専門の看護技術の必要性が希薄になり、家庭では看護婦から家政婦や付き添い婦に変わり、やがて看護婦は病院に定着するようになったという経緯がある。家庭看護から病院看護への移行期には、大病院以外の派出看護婦会、私立病院、個人病院など小規模の病院等において、入院患者への看護の質の低下がみられたことは否めない。それゆえ、東京市療養所のように、試験や看護婦の資質について、一定の条件が求められたということである。その内容は、現在の看護婦に求める資質と大差はないと言える。

4) 結核看護史第IV期 1937年～1950年、「保健所法」の制定から「新結核予防法」に至るまでの「結核対策発展期」

敗戦後の国民の生活はますます窮乏し、肺結核は1950年まで死因第1位であった。戦時下で兵士の結核患者が増えたことにより軍人の結核患者を収容する療養場所が必要となり、傷痍軍人療養所の設置が進められた。しかし、病床数の不足によって、公立療養所などの増設が重要な課題となり結核療養所の拡充がなされた時期である。1937年には「結核予防法の一部改正」がなされ、1919年の結核予防法制定で実現しなかった結核患者の届け出が決められ、また、同年には「保健所法」の制定により49カ所の保健所が設立され、10カ年計画で全国に550の保健所が建設されることが決められた。

そして、1950年「新結核予防法」が制定されるなど、1937年～1950年は結核対策の発展期であった。

結核治療では、3大療法とされた大気、安静、栄養が主流であり、看護婦、保健婦などが家庭訪問をして感染予防策について指導することが最重要視されていた。しかし、特に終戦後は国民の生活が困窮している状況にあり、寝たきりの重症結核患者は安心して療養ができるはずもなかった。身体的苦痛とともに、社会からきびしい差別・偏見を受けていたこともその一因であった。

結核治療に革新的な進展がみられたのは、化学療法剤の導入により、結核が治る病気へと変わったことである。患者管理の一環である健康診断では、ツベルクリン反応検査、X線間接撮影により、結核を発見した患者には療養指導を行い、可能な患者には人工気胸療法が実施された。これは当時の唯一の治療法であり、1950年代まで盛んに行われた。

そのほかにも1948年「予防接種法」の制定、1949年2月にはBCGの液体ワクチンから

凍結乾燥ワクチンに切り替えられ、同年10月には、厚生省告示「ツベルクリン反応検査心得及び結核予防接種心得」が示され、日本のツベルクリン反応判定法の基本が法律的に決められるなど、結核治療が躍進した時期であった。

看護教育制度では、戦時体制下において、文部省および厚生省が「女子中等学校卒業生ニ対スル看護婦免許ニ関スル件」を発令し、有事の際に即対応できる体制を確立することと、女子学徒を戦時救護に従事させることを目的に看護婦教育年限の短縮が行われ、特に看護手技の習熟に重点を置くこととされた。1945年には、高等女学校生徒に対し、看護に関する補習教育を実施し、受講修了生には“無試験”で看護婦免許が下付され、17歳未満でも資格を得ることができた。

それまでも、1937年に勃発した日中戦争以降は、救護看護婦の需要が増加し、日本赤十字では入学試験科目を減らし、卒業を繰り上げる等の他、年齢14歳以上の者も乙種救護看護婦として養成したことなど、戦時に備えた看護婦養成が行なわれ、看護婦教育も戦争の影響を多大に受けていた。

終戦直後は、GHQの指導のもとで、厚生省は、患者の看護あるいは罹患の予防等に関わる看護職の業務や免許を規定するために、1948年「保健婦助産婦看護婦法」を制定した。この法律により、看護職の資質を全国的に均一な水準に向上させ、医療および公衆衛生の普及・水準向上を図ることを目的におき、看護職の免許制度を整備するとともに、その業務を規定した。なお、それ以前は、1915年「看護婦規則」によって看護婦の免許資格および業務内容等が規定され、保健婦ならびに助産婦は、1941年「保健婦規則」、1899年「助産婦規則」（旧法「産婆規則」）によって免許資格等が規定されていた。

終戦後の看護婦教育においても、GHQの公衆衛生福祉部看護課の看護婦が、自国での看護学校カリキュラムのもとで教育を受けた考えを日本の看護改革にもたらし、総合看護のカリキュラムの構築がなされるなど、看護教育制度の整備や水準が高められた。医師の業務に従属していた看護教育から、看護職による看護教育へと、GHQ看護課の指導により変革していくことができた。

看護教育制度の始まりは、1947年7月3日「保健婦助産婦看護婦令」公布からであり、教育機関や内容については、同年11月4日に出された「保健婦助産婦看護婦養成所指定規則」からである。翌年の1948年7月30日に「保健婦助産婦看護婦法」が看護職の身分法として制定され、甲種看護婦養成所の卒業生は国家試験を受け、合格者には厚生大臣による国家免許が交付された。乙種看護婦養成所の卒業生は、都道府県試験の合格者に知事免許が交付された。

その後、1951年4月に「保健婦助産婦看護婦法」が大幅に改正され、看護婦は、甲種看護婦と乙種看護婦の区別をなくして「看護婦」に一本化された。高等学校卒業生に3年間の看護教育を行い、国家試験合格者に厚生大臣から免許を得て国家登録をして看護業務を行うこととなった。一方で、准看護婦制度が新設された。この目的は、看護婦不足を補うためである。准看護婦は、中学校卒業生が2年間の准看護婦課程の教育を受け、都道府県知事が実施する准看護婦試験に合格し、都道府県知事から准看護婦免許を取得して都道府県登録をして看護業務に従事することができることとした。乙種看護婦は、甲種看護婦の指示で

看護業務を行うことが規定され、甲種看護婦と比べて業務制限があったが、准看護婦には業務制限はなく、医師・歯科医師・看護婦の指示によって看護婦と同じ業務を行うこととなり、現在に至っている。

さらに、看護教育の高等化に躍進がみられ、戦前の看護教育は職業訓練的な各種学校による教育であったが、大学化によって、より看護の専門的な教育がめざされるようになった。1947年3月31日に公布された「学校教育法」（法第83条）によるものであり、1950年、「学校教育法」の一部が改正され、短期大学が制度化された。看護系初の短期大学は、天使女子短期大学と聖母女子短期大学で、結核看護史第IV期末から大学で看護教育を行う教育機関が創設されていた。

病院では、1950年に「完全看護」（厚生省保険局長通知）が始まり、病院の看護は家族や付き添いを行うのではなく、その病院に所属する看護職が行う方針が定められ、より看護の質が求められる時代へと変化した。患者が療養する場である病院の体制は改革が見られたが、当時はまだ、看護婦教育に肝心の教科書がなかった。この対応に厚生省看護課の課長補佐（技術担当技官）の立場であった金子光らが先導し、まずはみんながすぐに読めるものから着手しようと、1946年に医学書院から『看護学雑誌』が創刊され、日本における最初の看護の専門誌で厚生省も力を入れて作成された。

そのほかにも結核看護の教育書は、GHQからの貸与本を医師が翻訳した書が創刊としてあった。1948年『結核』には、すでに全結核患者の保健課への届出について記してあった。『結核看護技術教本』には、看護婦と看護学生を対象にしたと明記しており、結核病院での看護に必要な知識と看護技術が網羅され、外科看護技術、患者の問題行動に対する看護婦の態度、復職プログラムに至るまで示されていた。また、結核患者の事例紹介は本書において初めて見られた。結核看護史の第IV期において、医師による翻訳書によって結核看護が具体的に示されていたことが分かった。

結核看護では、病院、療養所での喀痰の処理が十分でない現状から、感染予防の看護に重点が置かれた。完全な喀痰の殺菌処置は焼却を最良として徹底された。終戦後の食糧不足では、栄養状態が悪い患者や結核性疾患で衰弱した患者、あるいは手術前後の患者に対して栄養補給法として大量皮下注射を行っていた。看護婦は栄養面での気遣いと共に、患者の心理面に注目し、患者調査を実施していた。これによると、患者は看護婦に対して確実に仕事をしてもらいたいこと、看護技術が優れ、親切であり、よき理解者であること、結核患者が共通して求めていることは温かい愛情であったことなどを明らかにしていた。特に長期療養者は、先が見えないことから挫折感を抱くこと、神経質で看護婦も患者対応に困惑するが、患者にも理由があることを理解することなど患者への対応を模索していた。

看護婦が行なった研究初期の論文は数も限られ、研究としては十分でないかもしれないが、結核患者が看護婦に求めていることや結核患者の心理状態、看護婦の資質など、看護研究の草創期に記述し残されてあったことで、当時の看護に触れることを可能にしてくれた当時の貴重な論文であると評価できる。

5) 結核看護史第V期 1951年～1961年、「新結核予防法」の制定から結核患者登録票を用いた患者管理が全国一斉に実施されるまでの「結核対策全盛期」

1951年～1961年の時期の特徴は、化学療法 of 進歩や外科療法といった結核治療が発展する中で、結核患者が自身の生活保障を求めて国を相手取り、立ち上がったことである。戦後の新憲法下で病人の人権が保障されることとなったが、ほとんど社会保障制度が整備されていなかった時代の患者運動として朝日訴訟という行政訴訟から、いかに患者の人権が無視されていたのかということが問われていた。また、この患者運動という医療告発運動が契機となって、看護では看護婦が労働条件の改善を求め業務体制の改善へとつながり、患者運動と看護婦は無関係ではなかった。

医学の進歩、社会情勢の好転に伴い、1945年の敗戦後、結核による死亡は急激に減少し、第1位を占めていたものが1956年には、人口10万対死亡率48.6となり、第5位までに下がった。脳血管疾患、悪性新生物、心疾患などの生活習慣病が上位を占めた。

結核政策では1951年に結核予防法全面改正が行われた。これは、1919年に制定された結核予防法を全面改正したものである。この新結核予防法は、結核医療費公費負担制度、結核患者を保健所に登録、感染の恐れのある患者に対する命令入所の実施など、その特徴は、結核の診断、治療、予防、管理のすべて、ならびに実施法を定め、いわば統合化された対策である。一本の法律で統一的に実施できるようにし、公衆衛生対策のモデルとなった。

その他にも保健婦による家庭訪問等が規定され、これによって駐在保健婦の活動が活発になった。駐在制とは、地域住民に密着して活動することである。駐在制が開始された地方の例では、まだ化学療法は普及しておらず、唯一の対処法は「大気・栄養・安静」で、家庭訪問指導・健康診断と予防接種・隔離療養室の無料貸与制度などがなされていた。

1961年には「国民皆保険制度」の実施がなされ、全国民は、何らかの医療保障の給付を受けて治療を受けることが実現されたのである。

まだまだ数々の民間療法が行われていたが、患者の心境につけ込んだ悪質な民間療法に対し、患者運動が発生している。田辺一雄という結核患者が設立した自然療養社による運動が知られている。

結核治療では、手術療法による開胸術が活発に行われるようになったが、これには学用患者にならざるを得なかった患者の存在があった。治療費が払えないために学用患者となった病人は、完全に医師の隷属下にあり、自分の意志・都合で退院しようと思っても、金縛りにあっているために悲惨な状況にあった。動物実験が確立されるまでは人体実験という多数の犠牲者のもとで、医療の発展がなされたという背景がある。安全に開胸術を可能にしたのは、挿管麻酔、大量輸血、抗生物質の開発などの医療技術の進歩である。

医学では臨床研究が活発に行われていた一方、看護ではどのような進展がみられていたかということ、看護教育制度においては、1951年「保健婦助産婦看護婦法」改正から保健婦・助産婦教育を含めて新制度教育のすべてが本格的に実施されるようになった。その後、次に改正される1967年11月までの時期は、教育機関が多様化した時期である。

1952年は、看護系大学が誕生した年であり、その後は大学での看護教育において、質の

高い看護婦、保健婦、助産婦、看護学教育者および研究者など指導者の育成が目指され、私立・公立・国立の大学教育の創設が行なわれた。

看護の4年制大学の創設は、1952年に高知県立である高知女子大学家政学部に看護学科が設置されたのが初めてである。

結核看護の教育書として発刊された書の特徴では、この時期にあたる結核看護史第Ⅴ期において、医師によって肺結核看護の「意義と目的」が明示されたことである。また、予防の視点が強調され、結核の症状別看護とその根拠、ならびに患者の身体面、心理面、社会面を捉えた個別の看護の重要性が示されたことである。そして、結核の歴史や結核予防法、化学療法、患者教育、社会復帰支援、集団検診など、退院後の生活を見すえた看護ができる結核医療について示されていた。したがって、結核看護に関する教育書において結核看護が系統的に教示された年代は、結核看護史の第Ⅴ期からであることが分かった。

病院における看護では、設備面で画期的であったインターホン式のナースコールが1960年代から導入されたことである。患者の意思伝達が容易になり、看護婦にとっても患者のニーズにより早く気づくことができ、両者にとって不可欠なものである。それまでは電気式のナースコールが1950年代から導入され、ボタンを押すと廊下に電気がつくものであった。

結核患者の療養上の世話では、感染管理の視点で患者の日常生活における看護が具体的になり、喀血時の死因となる気管支拡張症と僧帽弁狭窄症による病態生理を含めた科学的な根拠を理解した身体的看護ができること、また、患者の精神面の看護では、入院環境に適応できない患者や退院が近くなった患者の経済的困窮への不安対応、退院後も長期療養を継続しなければならない患者の思いを汲むことなど、結核患者の心理を理解した実践が求められた。

結核患者の診療の補助では、医療の発展に沿って手術療法の看護のほかにも化学療法の看護について記されていることが、1950年代の結核看護の特徴である。特に、服薬による副作用の症状観察が必要となった。

また、結核病棟において、治療の初めからリハビリテーションを行うことの重要性が認識され、看護婦もリハビリテーションに介入するという新しい分野の看護の特徴がみられた。リハビリテーションといっても、身体の一部の機能に焦点を当てたものではなく、入院生活の規則の中での活動や入浴回数や散歩の時間の拡大などを個人の病状に沿って計画して行ない、日々の患者の生活を見守る看護婦の介入が求められていた。なお、リハビリを専門とする養成学校の開講は1963年である。

6) 結核看護史第Ⅵ期 1962年～1974年、結核患者の管理体制が実施された「結核患者管理確立期」

この時期の患者の特徴は、結核患者層の高齢化により、結核治療以外にも脳梗塞や糖尿病などの合併症や、老人特有の認知症などへの治療と看護が必要となったことである。

結核政策では、結核患者の管理体制が確立した。結核治療では化学療法が進められるな

か、1971年に「ストマイ聴力障害事件」が起き、国・製薬会社・医師に損害賠償請求の訴えを起こした。その後、ストレプトマイシンは、内耳神経（第Ⅷ脳神経）・腎臓に対する毒性をもつため、副作用として難聴・腎機能障害などが現れることが明示され、看護婦にとっても副作用に対する症状観察が重要となった。

看護では、看護教育機関の多様化が、1951年「保健婦助産婦看護婦法」改正から、次の1967年11月の改正まで行われた。この時期には、高等学校に衛生看護科が新設された。看護系の大学設置は、看護系短期大学を大学に改組することから進められ、それと共に、公立私立の医学部を有する大学において看護学科または看護学専攻として開設し、公立総合大学においては看護学部または看護学科を増設もしくは看護系単科大学として設置された。また、医療系や福祉系の大学においても看護学部または看護学科の増設がなされ、その後も大学における看護教育の進展が図られていった。

1964年に聖路加が短期大学から聖路加看護大学へ移行し、看護の単科大学として、保健婦と看護婦教育に助産婦の教育を取り入れ、キリスト教精神を基盤として、女性に対して看護専門指導者の育成を目指す教育が行われた。1975年までには聖路加を含め6大学が設置された。この1974年ごろまでの看護教育の大学化の背景には、医療需要の変化と医療技術の発達・専門化への対応、人口の高齢化による保健・医療・福祉への住民のニーズと政策があった。

結核看護史第Ⅵ期において発刊された教育書の特徴では、看護婦によって結核看護の「意義と目的」に加えて「目標」が明示されたことである。特に長期入院患者の心理状態を理解すること、不安の軽減を図り、自尊心を保てる看護婦の対応について示されていた。また、この時期にはリハビリテーションの項目が設けられ、職業訓練の説明や復職支援について少し示されていたことが分かった。

看護実践では、健康の保持・増進、疾病の予防、社会復帰、平和な死への援助としての「総合看護（Comprehensive Nursing）」の概念が広く知られるようになった。これは、人間を全人的にとらえ、身体的、心理的、経済的側面からその人の持つ健康上のニーズについて専門的知識をもって判断し、健康の保持・増進・疾病予防からリハビリテーションまでの一貫した包括的サービスを提供するものである。したがって、特に保健医療チームの協力・協調が重視された。なお、リハビリの専門家養成は、1963年に、日本リハビリテーション医学会が設立され、同年、国立療養所東京病院にわが国最初の理学療法士PT・作業療法士OTの養成学校「国立東京病院リハビリテーション学院」が開校し、1966年には卒業生が出て、第1回国家試験が行われている。

看護用具の導入では、1970年代から、電気湯たんぼ、電気あんか、製氷機、熱風食器乾燥機が用いられるようになった。そのほかにも酸素や吸引が中央化され、メッセージシステムが導入されたことにより、看護業務の効率化が一層進められ、病院の施設設備の改善が図られるようになった。また、寝たきりで経口摂取も十分できない場合には、栄養補給として、1975年に高カロリー輸液用の輸液剤が初めて市販され、中心静脈栄養法が行われ、医療技術の進歩とともに看護技術もより高度な専門性が求められるようになった。

結核病棟では看護管理の進展がみられ、戦後十数年を経て、医師から看護職が担うも

のへと変遷し、その後、看護管理の重要性について認識されるようになった。また、結核病棟での変容については次の4つがある。1つ目は結核患者が高齢化し合併症を持つ患者が増えたこと、2つ目は入院中の結核患者のニーズについて重視されるようになったこと、3つ目は、結核患者の心理の理解に基づいた個別の看護を探求するようになったこと、4つ目は、保健医療チームの一員としての多職種との連携が重視されだしたことである。また、多職種との連携では、主に理学療法士、作業療法士、メディカルソーシャルワーカーとの連携により、社会復帰支援に取り組むようになったことである。

大学病院では患者中心の看護への転換が図られつつあり、結核療養所では、患者を理解した看護を大切にし、患者が安心でき安全に療養できる療養環境へ改善していくことが検討されていた。

2. 結核看護の本質

看護を進めていく上で大切にしなければならないことは、疾患の病態生理や看護法を知るだけでなく、結核患者が置かれていた生活と患者自身の内面を知らなければ、患者にとって最善の看護とはならないということである。

結核患者が療養した結核療養所での生活の厳しさについて、『久遠の光 新生療養所小史』⁵⁾に次のように記されている。

安静・栄養・大気が三大原則であった当時の療養生活は、指導者たちの温かい人格的な基盤の上に立ったとはいえ、実にきびしいものであった。時間、運動等はいかなる例外も許されず、毎日午前午後2回のベランダへの搬出もほとんど絶対的なものであった。

こうした規則正しいと言われていた生活の中で看護婦が行なった清拭が、いかに患者の心身を労り安らぎと温かさを与えていたかということ、『療養者のつづる日本の肺病』⁶⁾に記されている。鎌倉の額田保養院に入院していたこの共著者の一人であった姉崎が、結核療養所の生活について、次のように紹介している。

始めて「清拭」をしてもらったのは、入院して五日目の午前だった。

洗面器の中に石鹼とタオル二本を入れて、看護婦について洗面所にゆく。清拭の時は、隙間風を避けるため、ドアも窓も閉めきり、患者は椅子に腰かける。手もつけられない熱湯が勢いよく蛇口から出る。

まず、袖をまくりあげて腕を出すと、絞った熱いタオルでごしごしと力をこめて摩擦してくれる。皮膚が赤くなって垢が落ちる。それを丁寧に二回くりかえすと、今度は乾いたタオルでよく空拭きをする。終わった腕は、すぐに袖を通す。

両腕が終わると、上半身肌ぬぎになって、背中、胸、腹と清拭してもらおう。終わると、肌を入れて、次は脚である。脛、膝、腿の順に清拭をする。最後に、踝から下を湯と石鹼で洗ってくれて、「清拭」は終りである。

病室に戻り、ベッドにもぐりこむと、清潔になった皮膚がポカポカとして気持ちがいい。皮膚の清潔と鍛錬が「清拭」の目的である。「清拭」は、週に三日してくれる。

清拭についてはこれだけの記述に留められているが、患者が満足した様子がうかがえる。清拭後の「皮膚がポカポカとして気持ちがいい」という文面から、看護実践のありようについて教えられたと感じるのはなぜだろうか。患者の心身を癒す看護であったか否かについての判断は、こうした患者自身の内面を知らなければよい看護ができたとは言いきれず、過去の結核看護から現在において看護の原点を見つめることができる。

この新生療養所の看護が素晴らしかったことは、小松による『結核 日本近代史の裏側』⁷⁾に記されている。この療養所は1932年に建設されたが、当時の日本の医療施設の看護婦は単なる医師のサポート役として雇われることが当たり前だったという。「実情をいえば、医師たちは看護婦を女中か自分の手足のように呼びつけ、命令し、見下した扱いをしていたのである」と記している。しかし、新生療養所では看護婦を「さん」づけで呼び、看護婦の扱いは、特に当時では極めて異例だったとしている。勤務時間中の厳格さは守られ、看護婦たちは雇われ人というより、家族の一員のように、わけへだてなく大事にされた。そして、看護婦は医師のアシスタントではなく、独立した職業として、「医師と対等の立場」に置かれていたというのである。これは次の文面からも理解できる。

医師と看護婦は、患者の病を癒すために一致協力する良きパートナーであり、目的に向け最善をつくすためにも互いの信頼が重要視されていた。そのために看護婦は厳しい姿勢で仕事に臨み、高い誇りをもった。療養所において、主役としてもっとも尊重されるのはあくまで患者であって、医師ではなかったのである。

しかし、それだけではなく、療養所の環境整備がなされ、看護の理想も次のように明確であった。

新生療養所を訪れる人は、一様にその徹底された清潔さに驚いた。鏡のように磨きこまれて輝く床、すみずみまでちり一つ残されることのない廊下。シーツや枕カバー等は、週に1回、必ず洗浄された新しいものと交換された。この頃の医療施設としては、一流の上をいく処置だったといえる。

開設の時から「新生療養所の方針」としてかかげられたものの一つが、看護の徹底的な理想化だった。そのためにミッションは、はじめから看護婦の資格を限定した。高等女学校卒業と専門の療養所または学校の修業を、その条件としたのである。療養所への採用も、結核と結核看護学について学ぶ3ヵ月の特別教育コースを設け、これを受講させた。また他の療養所の看護婦を対象に、この特別教育を短期プログラムで行った。この教育は、初代総婦長ミス・ブッチャーらによって行われた。こうした教育システムの成果もあって、療養所には優秀な看護婦がそろい、広く注目を集めることとなる。

昭和初期において、看護婦が自らの職業に高い誇りを持ち看護をしていたこの療養所は、米国の医師であるR.K.スタート博士によるものであり、日本の結核看護教育に貢献した人物でもあった。この新生療養所で行われた看護は、現在の看護の理想となるべきものであることは確かである。

結核看護と医療に必要であったことは、結核の知識に基づいた判断力、根拠のある看護

技術、そして、看護婦の温かい対応であったが、これらは現在の看護実践にも脈々と受け継がれていることである。現在の看護のありようと1世紀以上前の看護との違いは、医療も看護もそれぞれの技術の内容にしか大きな違いは見られないと言っても過言ではない。それは、看護婦が書いた書籍を取り上げるならば大関による『実地看護法』は、丁寧で温もりのある看護について記されており、現在の看護倫理教育書としても、看護者としての人間性を見つめる上で貴重な文献となりうるものであり、この書には現在の看護に通じる内容が裏づけられているからである。

結核看護史を探究し、看護婦はみずからが経験したことでしか対応できないという弱さを改めて実感する。しかし、患者とともに悩むことを通じて、看護婦は患者と多くの感情を共有し、いまだ経験したことのない領野を垣間見ることができるものである。そして、それは患者が、文字どおり、命を懸けて教えてくれる、いきることの「尊厳」である。

患者に向き合う看護婦の使命は医療の補助でもなければ、単なる患者のニーズ充足でもなく、患者の尊厳と向き合い、これを守り抜くことにある。この「尊厳」という言葉は、いのちの「^{とうと}尊さ」と「^{おごそ}厳かさ」である。看護婦はいのちの^{ほかな}儚さや患者の死の無常さに接することが少なくない。その際には、看護婦は敗北感を味わうことさえある。しかし、そうであればこそ、その儚さのなかに、いのちの「尊さ」を感じ取ることができるものである。人間のいのちに限界がなければ、敗北を経験することはないだろう。しかし、そのかわり、いのちの「尊さ」を知ることもしないのではないだろうか。尊厳という価値は失われてゆくものにこそ見出される価値なのである。

しかし、また同時に、看護婦は、いのちの儚さや死の非情を乗り越え、懸命に夢を追い、生きようと輝き続ける患者の姿に感銘を受けることがある。それは、いのちの^{おごそ}「厳かさ」である。かつて、パスカルも述べたように、人間はどんな悲惨や絶望にあっても、なおもそれを乗り越えようとする計り知れない勇気をもった存在なのである。そんな光景に接したとき、看護婦は厳粛な気持ちを抱くであろう。このように、「尊厳」という言葉には、人間の最大の弱さと最大の強さとが込められていると考える。看護婦の使命は、患者のいのちの尊厳に正面から向き合い、その輝きを支え続けることである。ここに、看護婦の備えるべき徳がこの使命と無関係でなく、結核看護の本質である。看護婦に必要な諸徳は、この使命からおのずと演繹されるものであろう。

徳とは、習慣付けによって後驗的に獲得された、その人の人柄や品性、個人の持つ一貫した行動傾向や心理的特徴のことである。看護婦がひたすらマニュアルをこなすようなことがない限り、その行為にはその人の人柄が表出しているものである。このことをギリシャの哲学者アリストテレスは、「その人の性格は、その人の行動の結果である」⁸⁾と言っている。個々の行為に各人の人柄＝特性が表出するのは、徳が習慣付けによって体得されるものだからである。では、看護婦の徳⁹⁾とはどのようなものなのか、結核看護において次のような諸徳が求められると考える。

人のいのちの「尊さ」と、いのちの「^{おごそ}厳かさ」に向き合う「尊厳」
ケア技術のマニュアルを超え、状況適合性のある判断を発見する「^{フロネシス}賢慮」
自分の感情や周囲の状況に翻弄されない「自制心」

すべての人に公平に接する「正義」

患者の苦しみを深く理解し、共有する「共感」

相手の幸福を考え、見返りを求めない「奉仕」

常に誠意ある丁寧な気遣いを心掛ける「誠実」

患者の病状を受け止め、患者から逃げない「勇気」

これらの看護婦の諸徳は、結核看護史をとおして結核患者が看護婦に求めていたことでもあり結核看護の本質である。

3. 今後の課題

本研究において、これまでまとめられていなかった結核看護史を探究し、結核の医療史および結核看護に求められていたことは、おおよそ見ることができた。しかし、臨床で看護婦が行なった看護の実践については、さらに医療機関における看護の実態を調査し、看護史教育において有用な資料となるよう加筆していくことが必要である。

結核看護の歴史の中で脈々と継承されてきた看護の実践について、看護教育において活用していくことができるならば、看護専門職者として備えておくべき知識・技術のほかにも、その実践の基盤となる人間性について議論し、現在の看護の省察とともに、新たな看護の知見を得ることに繋がると考える。

おわりに

本研究により、結核政策、結核治療、看護教育制度、結核看護の実際を見てきた過程で、結核看護の歴史に関する史資料に光を当てることができ、また、看護歴史研究において、「結核看護史」という新たな一分野を拓くことができました。

当初の博士論文は、「看護師の徳」をテーマとしていました。ノートルダム清心女子大学の葛生栄二郎教授とのご縁をいただき、その後、モラル・エコロジー研究会に所属し、徳倫理についてご教授いただいております。私どもにとっては非常に難題であり、同大学の濱崎絵梨先生にも大変ご支援をいただいております。研究会のメンバーによる論文は、『ケアリング・ジレンマを超えて—徳倫理とモラル・エコロジー—』(大学教育出版, 2020)として出版に至り、看護に関する教育や研修などにおいて活かすことができ大変感謝しております。

博士課程2年目の7月に葛生先生が召天され、論文などとても手が付けられるような気持ちになれなかった当時のさまざまな出来事を折に触れて思い出します。ゼミでは、葛生先生が闘病され、医療、看護の無力さを感じる一方、人生の先が見えるなかで懸命に生をつないでいる患者とその家族の心情について身をもって痛感し、患者のそばで生活を支える看護師のありようについて考えさせられました。私どもに限られたいのちの時間を与えていただいたことには、ことばで表現しきれない重みがあります。

途方に暮れていた所、周囲からさまざまなご支援を賜り、幸いにもその後、杉山博昭教授にお力添えをいただき、本論文の執筆に至りました。歴史研究の広さと深さ、史資料を収集することの困難さを実感し、先が見えないこともありましたが、杉山先生より懇切丁寧

寧にご教授いただいたおかげでまとめることができました。これまで貴重なお時間をいただき、心より感謝しております。また、資料収集につきましては、所属の附属図書館、その他の公共図書館に大変お世話になり、お礼を申し上げます。

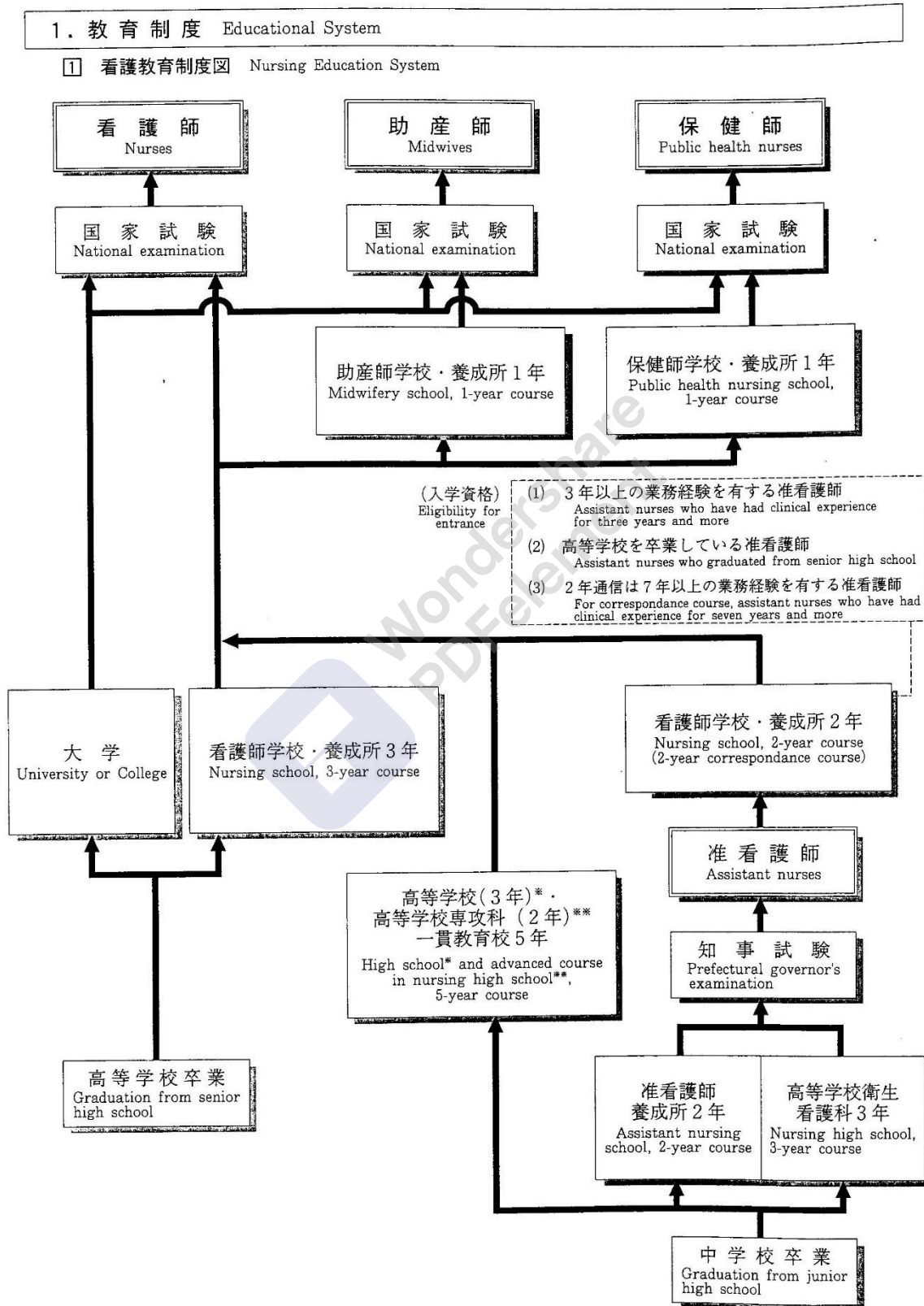
最後に、ご指導いただきました杉山博昭教授と、これまで多くの人との出会いをつないでくださった故葛生栄二郎教授に、心からの感謝を申し上げます。

<注>

- 1) 青木純一(2004) 結核の社会史, 御茶の水書房, 23-24.
- 2) 高橋美智(2012) 第2章看護管理の歴史, 井部俊子, 中西睦子監修, 看護管理学習テキスト(第2版)第1巻, 日本看護協会出版会, 27-56.
- 3) 友岡道子(2016) 看護管理に対する看護職の認識—看護管理教育の変遷による影響—, 東京女医大看護会誌, 11(1), 32.
- 4) 立川昭二(1980) 病気の社会史 文明に探る病因, 日本放送出版協会, NHK ブックス 152, 233.
- 5) 久遠の光編集委員会 信濃路出版(1978) 久遠の光 新生療養小史, 山彦会, 23.
- 6) 複十字会 和達清夫代表(1983) 財団法人結核予防会, 115.
- 7) 小松良夫(2000) 結核 日本近代史の裏側, 清風堂書店, 243-244.
- 8) 皇 至道(1976) 徳は教えられるか, 御茶の水書房.
- 9) モラル・エコロジー研究会(2020) 塩見和子, 看護師の徳, 26-55, ケアリング・ジレンマを超えて—徳倫理とモラル・エコロジー—, 大学教育出版.

*資料 1～3: 日本看護協会出版会 (2020) 平成 31 年 / 令和元年 看護関係統計資料集, 日本看護協会出版会, 30-33.)

資料 1 「看護教育制度図」



資料 2 「看護教育系統図」

1. 教育制度

② 看護教育系統図 Educational Steps for Nursing Profession

看護 Nurses	大学 University or College	高等学校 Senior high school	大学(看護) University or College					
	3年課程 3-year course	高等学校 Senior high school	短期大学(看護) Junior college * 看護師養成所 * Nursing school					
	2年課程 2-year course	准看護師養成所 Assistant nursing school	業務経験3年 3-year experience	* 看護師養成所 * Nursing school				
		* 高等学校衛生看護科 * Nursing high school	短期大学(看護) Junior college 高等学校看護専攻科 Advanced course in nursing high school * 看護師養成所 * Nursing school					
		定時制高校 Senior high school (part-time)	看護短大 Junior college 高等学校看護専攻科 Advanced course in nursing high school * 看護師養成所 * Nursing school					
	5年一貫教育 5-year course	准看護師養成所 Assistant nursing school	(連携教育) (Dual interconnected education)					
5年一貫教育 5-year course	高等学校 High school	高等学校専攻科 Advanced course in nursing high school						
准看護師 Assistant nurses	准看護師養成所 Assistant nursing school	* 高等学校衛生看護科 * Nursing high school						
	15歳	16歳	17歳	18歳	19歳	20歳	21歳	22歳
	年 齢 (Age)							

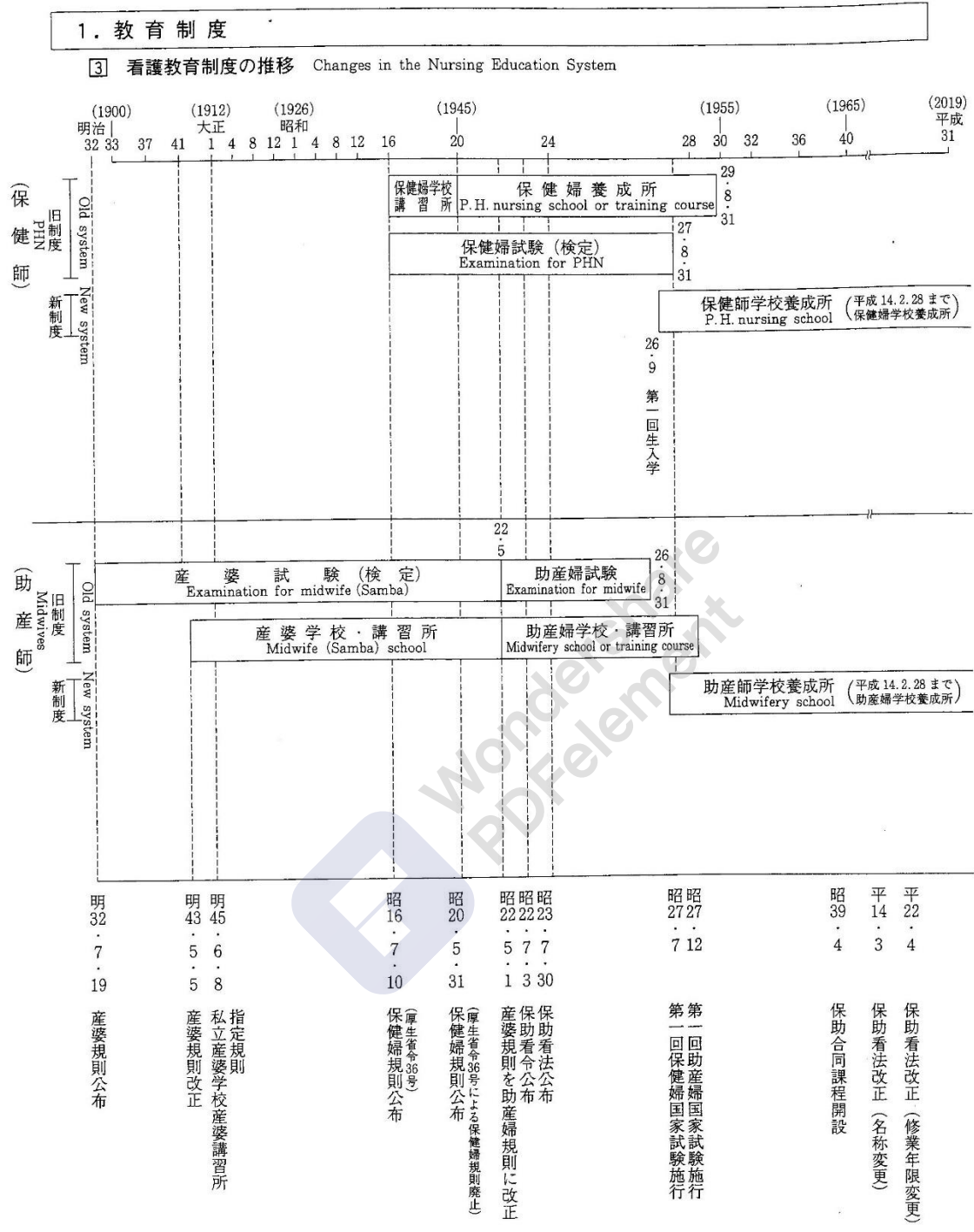
注 (1) *印は定時制課程あり，修業年限1年延長。

(2) 保健師，助産師の修業年限は，看護師教育修了後1年以上である。

Note: (1) School with * has a part-time course but the length extends for one more year.

(2) The length of training for the public health nurses and midwives is over one-year after completing education for nurses.

資料 3 看護教育制度の推移 (保健師・助産師・看護師)



資料 4: 301 件の論文: 1 ~ 3

1. 「結核看護史第Ⅳ期（～1950年まで）の結核看護に関する文献」【全 23 件】
2. 「結核看護史Ⅴ期（1951～1961年）の結核看護に関する文献」【全 142 件】
3. 「結核看護史Ⅵ期（1962～1974年）の結核看護に関する文献」【全 136 件】

1. 「結核看護史第Ⅳ期（～1950年まで）の結核看護に関する文献」【全 23 件】**「結核医療」13 件**

- 1) 田澤鏝二(東京療養所)(1943.12) 結核患者收容所醫師看護婦附添に於ける豫防, 戦争と結核, 820.
- 2) 楠井賢造(長大角尾内科), 林田雋介, 持田常一, 福田義男(1944) 看護婦に就て観察せる Tuberkulin 皮内反應の態度, 日本臨牀結核, 5(1/2), 49/127.
- 3) 楠井賢造(長大角尾内科), 林田雋介, 持永常一, 福田義男(1944.03) 看護婦に就て観察せる赤血球沈降速度及び胸部レ線検査成績, 特に兩者並に Tuberkulin 皮内反應相互間の關係, 日本臨牀結核, 5(3), 183.
- 4) 西垣雄太郎(滿洲四平病院)(1944.03) 看護婦の勤務配置, 看護婦結核罹患對策私案, 産業保健, 57号, 10.
- 5) 額田晉(額田研), 奥谷みさ(1946.07) Heterosat に依る結核發病防止試験成績, 看護婦に就ての3ヶ年半の觀察, 醫學と生物學, 9(1), 32.
- 6) ナイト(1947.02) 結核, 看護學雜誌, 1(5), 2.
- 7) 鈴木修(阪鐵病院)(1947.03) BCG 接種後に於ける大阪鐵道病院看護婦の胸部結核症發病狀況, 交通醫學, 1(1), 43.
- 8) 渥美三千里(京大)(1948.1) 看護婦の結核罹患と B. C. G 接種の經驗, 結核研究, 4(1-3), 34.
- 9) 近藤宏二(厚生省母子衛生課)(1948.1) 結核豫防概説, 看護學雜誌, 4(5), 30.
- 10) 下村怜子(聖路加病院), 今澤信子(1949.09) 結核性腎臟炎, 看護, 1(3), 25.
- 11) 藤森速水(大阪醫大)(1949.11) 妊婦肺結核, 看護, 1(5), 18.
- 12) 鈴木邦夫(結核豫防會)(1950.06) Schub, 看護學雜誌, 7(6), 12.
- 13) 野崎美枝(滋賀縣)(1950.06) 結核患者家族檢診, 看護, 2(6), 41.

「主体が患者」2 件

- 1) 會我好子(千葉療養所)(1947.08) 結核患者心理狀態, 看護學雜誌, 2(3), 24.
- 2) 桑原道子, 日高道江(1948.01) 結核患者食事に關する調査並に考察, 看護學雜誌, 3(2), 12.

「主体が家族」2 件

- 1) 平井雅惠(東京都中央保健所)(1949.11) 結核の家庭看護, 健康會議, 1(9), 13.
- 2) 三浦貞(公衆衛生院)(1950.07) 家庭に於ける結核看護, 看護, 2(7), 33.

「主体が看護婦」3 件

- 1) 佐々木ミツエ(1949.08) 看護婦の一結核患者より, 看護學雜誌, 6(2), 13.
- 2) 上田すみれ(伊達日赤病院)(1950.02) 結核病棟の事, 看護, 1(6), 28.

3) 谷相美恵(高知)(1950.11)結核療養所に於ける痰処理の実際,看護学雑誌,8(5),39.

「看護婦以外の医療従事者」1件

1) 清水菊枝(1948.03)結核家庭訪問の療養指導心得,看護学雑誌,3(4),17.

「看護婦教育」2件

1) 井上泰代(日本結核豫防協會)(1949.01)看護婦の教養,看護学雑誌,5(1),2.

2) 高橋シュン(日赤中央病院)(1949.11)内科的結核看護,看護,28.

2. 「結核看護史V期(1951~1961年)の結核看護に関する文献」【全142件】

「結核法政策」6件

1) 高部益男(1951)結核豫防行政,看護,3(9),5-8.

2) 松岡ヨシ(1955.08)私の町の結核対策,看護,7(8),10-18.

3) 大村潤四郎(厚生省)(1955.1)社会保障と結核対策,看護,7(10),2-6.

4) 杉田和子(秋田)(1956.12)秋田県鳥海村笹子の結核予防,看護,9(12),176-184.

5) 谷川直臣(結核)(1957.05)今年の結核対策に思う,看護,9(5),19-22.

6) 軽部彌生一(厚生省)(1957.05)今年の結核対策—特に健康診断の推進について—,看護,9(5),14-18.

「結核医療」51件

1) 浅野秀二(東大兒)(1951.04)小兒結核の治療,看護学雑誌,9(4),42-43.

2) 中井毅(昭和醫大)(1951.05)結核の外科的療法,看護学雑誌,9(5),10-13.

3) 島村喜久治(清瀬療養所)(1951.05)結核の化学療法,看護学雑誌,9(5),5-9.

4) 牧野進(清瀬病院)(1952.02)肺結核の気管支鏡検査について,看護学雑誌,11(2),28-29.

5) 阿部徹雄(1953.05)フォルラニーニ結核研究所をみて,看護学雑誌,13(5),2.

6) 北鍊平(東京療養所)(1954.04)日本の結核問題を再検討する,看護学雑誌,15(4),6-9.

7) 加納保之(國療村松晴嵐莊)(1954.05)肺結核の外科的療法,看護学雑誌,15(5),28-33.

8) 井上泰代(桐蔭學園)(1954.05)家庭→結核療養所→家庭と社会,看護学雑誌,15(5),36-41.

9) 岩崎龍郎(結核豫防會)(1954.05)結核症の化学療法の一問題,看護学雑誌,15(5),13-15.

10) 小西忠正(東京)(1954.05)肺結核の内科的療法,看護学雑誌,15(5),22-27.

11) 坂元正徳(國立療養所再春莊)(1954.05)結核の診断,看護学雑誌,15(5),16-21.

12) 宮本泰(豫衛研)(1954.05)結核の細菌学,看護学雑誌,15(5),6-12.

13) 杉靖三郎(東京教育大)(1954.11)結核性髄膜炎の治療,看護学雑誌,16(5),36.

14) 北鍊平(結研)(1955.05)最近変って来た結核の化学療法—その適応範圍の拡大について—,看護学雑誌,17(5),10-13.

15) 加納保之,井槌六郎(1955.1)肺結核治療の進歩,看護学雑誌,18(4),27-31.

16) 江森まさ(中野國療)(1956.03)結核療養所の医療社会事業活動,看護学雑誌,19(3),10-11.

17) 鈴木晃(1957.02)最近の結核治療,看護学雑誌,21(2),28-30.

- 18) 安喰その(慈大)(1957.06)肺結核,看護学雑誌,21(6),86-92.
- 19) 島村喜久治(1957.1)結核の化学療法の将来,看護学雑誌,21(10),153-160.
- 20) 砂原茂一(東京國療)(1960.02)新しい結核の治療,看護学雑誌,24(2),36-39.
- 21) 丸山由良(国立宇多野高等看護學院)(1960.09)結核に対する正しい知識を,看護学雑誌,24(9),40-41.
- 22) 慶松一郎(厚生省)(1951.03)結核のくすり,看護,3(3),44-47.
- 23) 箱山貞子(1951.06)御代田村小学校結核集團發生について,看護,3(6),55-58.
- 24) 池田ちか(1951.09)結核と妊産婦,看護,3(9),34-36.
- 25) 鹿野松(1951.09)青年と結核,看護,3(9),40-41.
- 26) 渡邊ともえ(1951.09)結核届出に対する訪問状況,看護,3(9),23-27.
- 27) 蛭田千枝(1951.09)神奈川縣結核予防事業の概要,看護,3(9),34-38.
- 28) 齋藤いし(東京都)(1952.01)學童と結核,看護,4(1),14-16.
- 29) 永井洋子(慶應病院)(1952.07)6月11日退院した女流選手の病床日誌ー結核性腦膜炎,看護,4(7),19-23.
- 30) 高部益男(厚生省結核予防課)(1952.08)結核の新薬,看護,4(8),19-21.
- 31) 播磨美枝子(岡山)(1954.01),農村での結核予防活動,看護,6(1),40-47.
- 32) 平出みやみ(東京中央保健所)(1955.04)結核学級,看護,7(4),12-13.
- 33) 岩井誠三(国立東一病院)(1955.05)肺結核外科の麻酔,看護,7(5),6-12.
- 34) 三上次郎(国立東一病院)(1955.12)結核新薬のはなし,看護,7(12),34-37.
- 35) 村上皆子(島根)(1956.06)職場の結核対策とその傾向,看護,8(6),138-145.
- 36) 稲田房子(長野國療),伊藤千壽子(1957.03)結核療養所の養護学級,看護,9(3),32-34.
- 37) 重松逸造(公衛院)(1958.01)最近の結核の話題,看護,10(1),53-55.
- 38) 重松逸造(公衛院)(1958.07)最近の結核の話題,看護,10(7),64-65.
- 39) 尾村偉久(厚生省)(1959.07)昭和33年度結核実態調査成績,看護,11(7),61-65.
- 40) 村尾誠(東大)(1959.1)かわりゆく結核問題の焦点,看護,11(10),19-23.
- 41) 宍戸昌夫(横大)(1959.1)在宅結核患者の問題,看護,11(10),24-29.
- 42) 大橋久子(結研)(1960.12)結核患者受療促進に対する研究,看護,12(13),124-131.
- 43) 岡田藤二郎,熊谷きく,大平京,中重喜代子,志摩球江,三浦芳子,秋葉頼子,村川祐,茂手木ミエ子,内田靖子,野澤園子,河西弘子,重松逸造(1961.09)主婦の結核療養状況ー東京都府中保健所における調査成績ー,看護,13(9),134-142.
- 44) 中村多恵子(公衛院)(1958.12)結核外科に於ける手術前後の栄養,看護技術,4(12),18.
- 45) 伊藤綏(国立東二病院)(1958.12)結核外科における手術後の栄養について,看護技術,4(12),17-26.
- 46) 長澤潤(東大)(1959.08),老人性肺結核,看護技術,5(8),49-54.
- 47) 植村敏彦(東京國療)(1959.09)結核のリハビリテーション,看護技術,5(9),117-121.
- 48) 著者記載なし(1954.01)結核の展望ー面白い統計の見かたー,看護のBooks,2(1),16-17.
- 49) 北鍊平(結研)(1953.06)看護婦に於けるBCG接種の臨牀的觀察,結核豫防會研究業績,2(1),55-65.
- 50) 進藤豊(熊大)(1959.1)肺結核患者および看護婦ならびに同生徒の喀痰より分離したCandida属検出成績について,胸部痰患,3(10),814-816.

51) 福島清(1954.08) こどもの結核と看護, 療養生活, 369号, 12-15.

「主体が患者」24件

- 1) 松野正徳, 清水里都子(1951.05) 結核病棟の入院患者心得, 附添の心得, 見舞客の心得, 看護学雑誌, 9(5), 17-20.
- 2) 島村喜久治(國療清瀬病院)(1952) 結核患者の心理(1)~(6), 看護学雑誌, 12(1-5/7), 28-30/14-17/30-33/20-23/20-23/26-29.
- 3) 川上利勝(都立廣尾病院)(1955) 結核療養者の安靜問題(I)(II)(III), 看護学雑誌, 18(4/5/6), 121-127/23-27/21-25.
- 4) 塚原國雄(東大)(1957.09) 結核患者の家庭療養指導について, 看護学雑誌, 21(9), 54-59.
- 5) 川勝好重(三重國療), 福山イミ子(1960.09) 結核患児の發育について, 看護学雑誌, 24(9), 56-57.
- 6) 今長久(栃木國療), 田澤フサ, 松原房子, 石塚芳子(1961.12) 慢性重症肺結核患者の臨床心理について, 看護学雑誌, 25(12), 23-28.
- 7) 多賀トヨ(1952.08) 結核患者の悩み分析, 看護, 4(8), 13-18.
- 8) 島宗ヒデ(新潟保健所)(1952.11) 結核患者の経済的なやみ, 看護, 4(11), 54-57.
- 9) 井上泰代(桐蔭學園)(1954.04) 結核患者と家族の感情問題—看護婦、保健婦から観た点—, 看護, 6(4), 3-6.
- 10) 磯野明子(京都)(1955.02) 西陳織物業者結核患者実態調査, 看護, 7(2), 47-50.
- 11) 砂原茂一(國立東京療養所)(1955.04) 現代の結核患者の運命, 看護, 7(4), 4-11.
- 12) 深谷みつ子(名古屋市)(1957.01) 届出結核患者の生活実態調査, 看護, 9(1), 55-61.
- 13) 阿部アキヨ(大館病院)(1957.05) 肺結核症患者の補食について, 看護, 9(5), 34-36.
- 14) 坪上宏(東大)(1957.1) 患者の心理—結核療養者の態度調査を中心として—, 看護, 9(10), 12-18.
- 15) 中島敏子(1957.12) 小児結核患者偏食矯正の実際, 看護, 9(12), 38-44.
- 16) 鹿野まつ(都立保健助産學院)(1959.1) 結核療養所での患者教育, 看護, 11(10), 30-32.
- 17) 二見多満子(加治木國療)(1959.12) 結核療養患者の宗教問題, 看護, 11(12), 72-75.
- 18) 古賀孝子(大分縣立病院)(1959.12) 聾者の結核療養生活指導, 看護, 11(12), 76-80.
- 19) 兒島美都子(1960.12) 結核患者の精神衛生, 看護, 12(13), 47-52.
- 20) 山本武夫(東京國療)(1960.12) 結核患者の心理, 看護, 12(13), 24-30.
- 21) 新保満(國際キリスト教大)(1961.06) 患者集團に就ての一考察—結核病棟の事例を基礎として, 患者間の相互関係の構造を社会学的に分析する—, 看護, 13(6), 66-73.
- 22) 高橋その(東京都)(1961.09) 結核患者心理を年代別に観察して, 看護, 13(9), 74-86.
- 23) 蟹澤美代(濟生會中央病院), 稻見きよ, 向井仲幸江(1956.03) 結核患者身体の清潔と体温脈搏の関係について, 看護技術, 4(3), 28-31.
- 24) 益子健一(東鐵保管所)(1954.1) 結核患者の心理, 看護の Books, 2(10), 22-27.

「主体が家族」5件

- 1) 宮島昌子(東大), 龜田安子(1957) 結核の家庭看護 第二講, 保健同人, 13(1), 78-81.
- 2) 宮島昌子(東大), 龜田安子(1957) 結核の家庭看護 第一講, 保健同人, 12(12), 70-73.

- 3) 宮島昌子(東大), 龜田安子(1958) 結核の家庭看護 第三講～終講, 保健同人, 13(2/3/4/5), 101-102/105-108/106-108/105-107.
- 4) 塩田廸子(国立中野療養所)(1952.08)夏の結核患者家庭看護法, 保健婦雑誌, 4(2), 14-17.
- 5) 井上泰代(結豫)(1953.1)家庭での結核療養と看護, 厚生, 8(10), 38-39.

「主体が看護婦」50件

- 1) 中山相子(1951)結核看護(1)(3), 看護学雑誌, 9(2/5), 41-42/14-16.
- 2) 山本清子(慈大)(1952.06)看護管理を中心とした結核病棟管理について, 看護学雑誌, 11(6), 17-20.
- 3) 加倉井駿一(1953)看護婦の平均在職日数(上)(下)国立結核療養所に於ける年度別推移一, 看護学雑誌, 14(5/6), 149-151/53-58.
- 4) 八枝作子(聖路加国際病院), 竹内和泉(1954.11)肺結核に対する肺切除手術に際しての看護法, 看護学雑誌, 16(5), 20-27.
- 5) 伴わぐり(1955.10)肺結核の看護, 看護学雑誌, 18(4), 31-34.
- 6) 杉内正信(日本鋼管清瀬病院)(1956.04)肺結核外科に於ける介助と看護について, 看護学雑誌, 19(4), 234-238.
- 7) 岩田幸子(1956.08)結核病棟の完全看護と病棟管理について, 看護学雑誌, 20(2), 18-23.
- 8) 稲葉百合子(櫻ヶ丘保養院), 小林茂子, 佐#アヤ子(1957.02)結核合併精神病患者の看護, 看護学雑誌, 21(2), 10-15.
- 9) 木村久子(都立松澤病院), 菅谷君江, 伊藤タリ(1961.08)精神病院に於ける結核病棟管理一看護の役割について一, 看護学雑誌, 25(8), 60-64.
- 10) 渡邊ムツミ(宇多野國療)(1961.09)結核患者の精神的指導の1例, 看護学雑誌, 25(9), 20-22.
- 11) 今津みや子(大阪福泉國療), 富田元子(1961.09)肺結核外科手術看護のオリエンテーションの一試案について, 看護学雑誌, 25(9), 23-26.
- 12) 井上眞千代, 松木芳子(1951.07)結核の家庭訪問の調査, 3(7), 43-47.
- 13) 中道千鶴子(1951.09)結核と看護, 看護, 3(9), 2-4.
- 14) 中山相子(1951.09)結核療養所の看護婦長と主任のために, 看護, 3(9), 30-33.
- 15) 隈部英雄(東京)(1951.09)結核予防に働く看護婦に希む, 看護, 3(9), 9-12.
- 16) 竹中満喜子(名古屋)(1955.01)小兒結核性髄膜炎の看護法, 看護, 7(1), 95-101.
- 17) 丸池ふみ子(1956.01)肺結核接客婦の療養指導, 看護, 8(1), 176-179.
- 18) 大橋久子(結豫桐陰學園)(1957.05)結核事例研究の一例, 看護, 9(5), 37-44.
- 19) 町田ヤエ子(1958.02)農村地区結核家庭訪問の組織化, 看護, 10(2), 41-44.
- 20) 八板作子(聖路加国際病院), 竹内和泉, 久保博子(1958.02)肺結核の外科的治療を受けた患者の看護, 看護, 10(2), 23-36.
- 21) 安達みよか(國療再春莊), 木村孝子, 土田妙子, 武藤敦子, 志垣理子, 高木孝子, 田中雅子, 山田和子(1959)結核患者の精神的看護(1)(2), 看護, 11(10/11), 33-37/48-53.
- 22) 松橋ミヤエ(1959.01)失敗した結核事例, 看護, 11(1), 138-143.
- 23) 国立療養所再春莊附屬高等看護學院自治會(1959.12)結核患者の精神的看護(3), 看護, 11(12), 211-216.

- 24) 本田君代(稻田登戸病院)(1957. 03)結核菌による白衣の汚染度, 看護技術, 3(3), 18-19.
- 25) 有田幸子(大分日赤)(1957. 1)腎臓結核の看護, 看護技術, 3(10), 26-34.
- 26) 黒田節子(天使女短大), 西村牧子(1960. 1)肺結核看護計画の立て方ー結核病棟カンフェランスよりー, 看護技術, 6(10), 69-77.
- 27) 柴田正名(結核豫防會保生園)(1952. 04)春の看護, 保健同人, 7(4), 22-23.
- 28) 柴田正名(結核豫防會保生園)(1952. 06)梅雨時の看護, 保健同人, 7(6), 44-45.
- 29) 柴田正名(結核豫防會保生園)(1952. 09)手術時の看護, 保健同人, 7(9), 37-38.
- 30) 柴田正名(結核豫防會)(1952. 1)秋の看護, 保健同人, 7(10), 38-39.
- 31) 井上泰代(1953)結核の看護 第一講～第八講, 保健同人, 8/9(7-12/1-2), 111-113/114-116/111-113/108-111/106-108/105-108/108-110/104-106.
- 32) 湯川みと子(1953. 11)結核患者の精神看護, 共済医報, 3(4), 99-101.
- 33) 本川よし江(舞鶴共済病院)(1954. 05)当病院結核療養所看護婦の心構え並にその感染防止, 共済医報, 3(2), 97-98.
- 34) 水谷タカ(若松病院), 瀧尾テルミ(1954. 10)結核患者の精神看護, 共済医報, 3(4), 59-62.
- 35) 長沼正榮(稻田登戸病院), 佐藤博子, 本田君代, 石川榮子, 首藤郁子, 青山咲子, 吉田貞子, 岡野けさ乃(1954. 1)看護面に於ける結核患者取扱ひに關する諸問題, 共済医報, 3(4), 62-64.
- 36) 深町一代(宮城野病院), 伊勢トシ(1954. 1)結核療養所に於ける完全看護に關する諸問題, 共済医報, 3(4), 74.
- 37) 藤田シズヨ(廣島記念病院)(1954. 1)本院に於ける結核病室の看護狀況, 共済医報, 3(4), 73-76.
- 38) 東ハルエ(1955. 08)重症肺結核に合併せるネフローゼ患者を看護して, 共済医報, 4(3), 284-285.
- 39) 岡崎きみゑ(泉州病院)(1956)肺結核に併發した出血性紫斑病の看護經驗, 共済医報, 5(1/2), 115/295.
- 40) 実藤春子(若松病院)酒井フミ江, 山本貞子, 瀧尾テルミ, 光富照子(1956. 08)結核患者の精神看護ーその2ー結核病棟の大部屋に於ける療養指導について, 共済医報, 5(3), 440-441.
- 41) 和泉菊國榮(高松病院)山田小夜子(1957. 02)結核患者特に肺切患者の心境とその看護, 共済医報, 6(1), 153-156.
- 42) アデル・パウアー(1955)結核の看護(1)(2), 看護の Books, 3(3/4), 18-23, 10-16.
- 43) 加倉井駿一(1954. 05)結核病棟の管理ー看護業務を中心としてー, 済生, 315号, 9-13.
- 44) 加倉井駿一(厚生省)(1956. 10)国立結核療養所に於ける看護体制改革の概要ー附添婦排除ー, 済生, 340号, 17-21.
- 45) 大庭静枝(宇多野國療)(1961. 09)結核看護のむずかしさ, 看護教室, 5(9), 13-15.
- 46) 丹羽壯一(愛知衛研), 片山信, 鈴木登志子(1956. 03)結核病院看護婦の生活調査, 愛知県衛生研究所報, 7号, 58-60.
- 47) 加倉井駿一(厚生省)(1955. 04)国立結核療養所の看護婦, 厚生の指標, 2(4), 17-20.
- 48) 倉田庫司(國療千城園), 深津要, 野際英雄, 小井土可彌子, 高橋理, 西村榮, 三橋千代, 柳澤康夫, 後藤繁(1960. 03)重症結核患者の看護に關する研究, 国立結核療養所共同研究年

報, 1 巻, 124-147.

- 49) 松尾君子(自衛隊)(1957. 04) 結核患者に対する精神看護面について (第 1 報), 保安衛生, 4(4), 30-31.
- 50) 林まさ(1961. 03) 結核心理的看護研究 (第 1 報), 国立結核療養所共同研究年報, 2 巻, 174-175.

「看護婦以外の医療従事者」 3 件

- 1) 後藤フミ子(門司保健所)(1953. 08) 結核患者家庭訪問…結核…法律…保健婦…, 看護, 5(8), 48-49.
- 2) 笠原文(世田谷保健所)(1957. 05) 結核訪問の思い出, 看護, 9(5), 45-48.
- 3) 甲斐瑞子(大分保健所)(1961. 03) 結核患者(住民検診)管理状況とその反省, 看護, 13(3), 141-144.

「看護婦教育」 3 件

- 1) 中村善紀(1956. 04) 最近の肺結核治療に対するナースとしての心構えと療養指導, 看護学雑誌, 19(4), 228-233.
- 2) 浅葉恭子(日赤), 三井田喜子, 難波美恵子(1953. 1) 学生のための結核病棟のオリエンテーション, 5(10), 看護, 16-17.
- 3) 八板作子(聖路加病院)(1961. 1) 私は結核看護法をこう教えている, 看護教育, 2(10), 479-485.

3. 結核看護史VI期(1962~1974年)の結核看護に関する文献【全136件】

「結核医療」 40 件

- 1) 澤田俊一郎(水戸日赤)(1962. 05) 耐性結核菌の問題, 看護, 14(5), 63.
- 2) 島村喜久治(國療東京病院)(1963. 01) 統計から見た結核の此頃, 看護技術, 9(1), 10~14.
- 3) 福田きよ子(三重國療), 中内ヒデ子, 市川悦子(1963. 04) 肺結核患者の療養指導主として軽症患者の Recreation 療法, 看護学雑誌, 27(4), 84-86.
- 4) 山崎保子(荒川保健所), 大淵セツ子, 内田歌子, 中田純子, 加島弘子, 關田能子, 白鳥弑子, 藤丸博野, 佐藤友子, 佐々木利子, 田端キチ, 小津八重子(1963. 04) 結核と貧困, 看護, 15(4), 79-82.
- 5) 西真楠(厚生省)(1964. 07) 統計結核患者, 看護学雑誌, 28(7), 1.
- 6) 高石ミヤ子(県立新居浜療養所)(1965. 03) 当所患者及び看護婦被服類の結核菌汚染の実態(2), 愛媛県立病院学会会誌, 3, 221-223.
- 7) 川上武(杉並組合病院)(1965. 07) 結核対策と精神医療, 看護, 17(7), 103-112.
- 8) 中山雅子(1965. 07) 結核患者愁訴に対する暗示薬の効果, 看護学雑誌, 29(7), 62-64.
- 9) 植村敏彦(東京國療)(1965. 09) 結核患者の Rehabilitation, 看護技術, 11(9), 64-72.
- 10) 上原正子(医療生協早稲田診療所)(1967. 04) 結核の事例を追って, 看護, 19(4), 60-67.
- 11) 原ろく(都立小児結核病院)(1967. 04) 小児結核に於ける最近の傾向, 看護, 19(4), 52-58.
- 12) 砂原茂一(東京國療)(1967. 04) 結核今日と将来の問題, 看護, 19(4), 4~13.
- 13) 重松逸造(公衛院), 加藤孝之(1967. 04) 疫学的に観た結核の動向と肺癌との関連, 看護,

- 19(4), 26-37.
- 14) 小野勝(東京国療)(1967. 1)肺結核外科療法の成果と今後の問題, 看護技術, 13(12), 85-92.
- 15) 島村喜久治(東京国療)(1967. 1)肺結核其呼吸循環機能障害, 看護技術, 13(12), 78-84.
- 16) 島尾忠男(結予結研)(1967. 1)結核患者最近の動向, 看護技術, 13(12), 69-77.
- 17) 千吉良たか(前橋病院), 新倉孝子, 吉川セツ(1969. 06)結核療養中に脳卒中を併発した片麻痺患者の Rehabilitation, 看護技術, 15(7), 34-41.
- 18) 安藤公子(静岡県清水保健所), 芦川元子(1969. 07)Y町に於ける結核患者の二次感染の検討, 看護研究, 2(3), 262-269.
- 19) 清水正夫(横浜赤十字病院)(1969. 08)新結核化学療法剤 Prothionamid 錠, 看護, 21(8), 90-91.
- 20) 島尾忠男(結予会)(1970. 01)結核の変遷, 看護技術, 16(2), 20-27.
- 21) 中川喜幹(東京都)(1970. 01)都市に於ける結核の現状, 看護技術, 16(2), 28-38.
- 22) 多田昌顕(復光合総武病院)(1970. 03)成人結核療養患者の社会復帰援助と心理療法, 日本看護学会集録 2 回, 102-105.
- 23) 大熊房太郎(1970. 04)結核, 看護学雑誌, 34(4), 52.
- 24) 金川克子(金大)(1970. 04)家庭健康管理に関する研究主婦の結核と癌に関する知識と一般衛生習慣, 看護研究, 3(2), 178-191.
- 25) 高橋昭三(結核予防会結核研)(1970. 07)黴菌と人間長い間の共存と戦, 看護教室, 14(7), 28-31.
- 26) 小山仁示(関大)(1970. 12)女工と結核, 看護学生, 18(10), 37-39.
- 27) 清水正夫(横浜日赤病院)(1971. 12)新抗結核抗生物質, 看護, 23(12), 15.
- 28) 島尾忠男(結予結研)(1972. 02)結核の近年の動向, 看護学生, 19(12), 32-34.
- 29) 川平朝申(琉球結核予防会)(1972. 04)戦後結核対策の歴史米国施政権下における沖縄の結核の推移, 看護技術, 18(6), 57-67.
- 30) 中川晶輝(東京)(1972. 05)結核の診断から治療まで, 看護技術, 看護学生, 20(2), 38-42.
- 31) 岩崎竜郎(財団法人結予結研)(1972. 1)診療体制の現況とあり方結核対策における統合化, 看護技術, 18(14), 84-89.
- 32) 田部井和(滋賀短大)(1973. 03)健康者と結核患者との末梢血液像の比較(第1報), 滋賀県立短期大学学術雑誌, 14号, 104-107.
- 33) 高井鏝二(結予結研疫学研)(1973. 11)結核の統計と疫学, 看護技術, 19(15), 98-110.
- 34) 岩崎竜郎(結予結研), 島村喜久治, 大井百代, 畠山サカエ(1973. 11)結核と看護その今日の問題を中心に, 看護技術, 19(15), 9~28.
- 35) 島田妙子(社保白十字会東京病院), 武内昶篤(1973. 11)難治結核患者のリハビリテーション, 看護技術, 19(15), 72-78.
- 36) 島尾忠男(結予結研)(1973. 11)肺結核の化学療法その現状と問題点, 看護技術, 19(15), 89-97.
- 37) 寺松孝(京大結核胸部疾患研), 山本博昭(1973. 11)肺結核の外科療法, 看護技術, 19(15), 79-88.
- 38) 山口勝子(陸上自衛隊福岡地区病院看護部), 松尾千代子, 坂田静代, 中島京子(1973. 12)

部隊における肺結核患者発見のおくれについて, 陸上自衛隊福岡地区病院研究年報, 昭和 47 年度, 34-36.

- 39) 清水寛(都立高等看護学院)(1973. 12) 国際結核会議をかえりみて, 保健婦の結核展望, 11(2), 15-23.
- 40) 畔木郁子(東邦大高等看護学校), 阪本恵子(1974. 1) 結核患者層の老齢化をめぐる諸問題, 看護技術, 20(13), 150-155.

「主体が患者」7 件

- 1) 加納豪子(海田保健所), 伊東貞榮, 高橋イチエ, 山岡幸子, 山内愛子, 守光怜子, 小野美恵子, 米山隆子, 丸岩カズミ(1963. 03) 老人結核患者の精神衛生上の問題, 看護, 15(3), 184-188.
- 2) 砂田武(神奈川県立芹香院)(1965. 04) 精神分裂病兼肺結核患者の社会復帰 Groupwork と社会資源の活用による社会に再適した 1 例, 看護, 17(4), 29-38.
- 3) 深津要(八事国療)(1967. 01) 老齢結核患者の臨床心理, 看護技術, 13(1), 99-112.
- 4) 菅原トヨ(岩手県)(1967. 09) 一人の結核患者を追って, 看護, 19(9), 80-82.
- 5) 大西信正(新潟労災病院)(1967. 09) 長期入院患者の心理と指導結核患者の場合, 看護技術, 13(10), 65-71.
- 6) 辻本佐祐(小樽国療), 中村春子(1973. 11) 長期療養の慢性疾患患者の意識調査肺結核患者の意識調査から, 看護学雑誌, 37(11), 1440-1444.
- 7) 村岡空(1974. 04) 患者の性結核病棟のウィタ・セクスアリス, 看護, 26(4), 56-60.

「主体が看護婦」76 件

- 1) 徳永悦子(厚生年金病院)(1962. 01) 骨関節結核の看護法, 看護教育, 3(1), 21-25.
- 2) 石川操(杉並西保健所)(1962. 06) 結核患者の看護計画, 看護, 14(6), 48-56.
- 3) 松本利江(群大)(1962. 06) 結核病棟管理の実際, 看護教育, 3(6), 35-38.
- 4) 吉田ハツ(京都第一赤十字病院)(1962. 08) 栄養面での結核看護, 看護教育, 3(8), 9~12.
- 5) 大森文子(中野国療)(1963. 01) 結核療養所における看護管理の問題点, 看護技術, 9(1), 15-21.
- 6) 前原義雄, 濱高美貴子, 片桐久子, 板崎久子(1963. 01) 結核医療に関連する領域の総合的研究看護婦疲労度測定, 看護技術, 9(1), 37-42.
- 7) 深澤要(八事国療)(1963. 01) 心理面からみた結核患者の指導と実際, 看護技術, 9(1), 22-28.
- 8) 北原政子(1963. 07) 結核病棟における清拭患者の意見をきいて, 看護技術, 9(7), 37-43.
- 9) 八板作子(聖路加病院), 竹内和泉, 吉井良子, 光吉いく子(1963. 09) 結核病棟に於ける 24 時間の看護業務内容の考察, 看護学雑誌, 27(9), 77-86.
- 10) 国立療養所心理的看護研究班心理的面接研究 Group(1963. 11) 結核患者の心理的面接看護に関する研究(1), 国立結核療養所共同研究年報 3 巻, 264-269.
- 11) 国立療養所心理的看護研究班理論体系的研究 Group(1963. 11) 結核患者の心理的看護に関する研究(1) 結核看護場面に於ける心理的事項の理論体系的研究(1), 国立結核療養所共同研究年報 3 巻, 262-263.

- 12) 市川敏子(公衛院), 小林フユ, 富田二三枝, 鳥飼リリ, 平野イツエ, 古田享子, 向田瑠美子 (1964. 02) より良い看護をする為に結核看護法 Group 研究より, 看護教育, 5(2), 49-56.
- 13) 渡辺キシ子(県立新居浜療養所)(1964. 03) 老人結核とその看護, 愛媛県立病院学会会 (0289-5463) 2 巻, 146-149.
- 14) 津曲イマ(公立学校共組九州中央病院), 吉岡ハツ子, 山下カツ子, 藤田都奈美, 木村洋子 鶴田久子, 永松智津子, 三小田瑠璃子, 蒲池芳江, 熊谷美津子, 玉利敏子, 古賀節子, 土屋昌武, 河辺敏雄, 赤星一郎(1964. 03) 看護業務の合理化と業務内容の向上についての研究 (2) 結核病棟において看護単位を一つのブロックとする研究, 病院, 23(3), 59-61.
- 15) 大井美知子(兵庫県立厚生女学院)(1964. 08) 結核を持つ小児の生活指導, 看護学雑誌, 28(8), 88-91.
- 16) 山田八重子, 斎藤美代(1965. 04) 結核病棟に於ける精神看護, 看護技術, 11(4), 23-29.
- 17) 二宮サヨ(中野国療)(1965. 1) 看護婦の健康結核病棟に於ける健康管理, 看護技術, 11(10), 40-42.
- 18) 大森文子(中野国療)(1965. 1) 看護婦の健康結核療養所に於ける健康管理, 看護技術, 11(10), 43-49.
- 19) 坂口宮子(愛知県尾張病院)(1966. 01) 肺結核外科療法の看護, 看護学雑誌, 30(1), 83-87.
- 20) 深津要(八事国療)(1966. 02) 重症患者の精神的看護国立療養所結核心理的看護協同研究 班の研究症例からみて, 看護技術, 12(2), 59-65.
- 21) 高田常(国療銀水園), 佐藤幸子(1966. 02) 趣味の助長による重症結核患者の心理的看護 の試み, 看護技術, 12(2), 51-58.
- 22) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に対する心理的看護の研究 (3) (4) 限界状況に於ける精神的看護の研究(2), 国立結核療養所共同研究年報 4 巻, 124-135.
- 23) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に於ける心理的看護の研究 (3) (3) 心理的看護の為の Nurse の Personalwork 的研究(3), 国立結核療養所共同研究年 報 4 巻, 120-124.
- 24) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に対する心理的看護の研究 (3) (2) 看護場面に於ける心理的面接の臨床的研究(2), 国立結核療養所共同研究年 報 4 巻, 117-120.
- 25) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に対する心理的看護の研究 (3) (1) 看護場面に於ける心理的実態の実証的研究(3), 国立結核療養所共同研究年報 4 巻, 115-117.
- 26) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に対する心理的看護の研究 (2) (4) 限界状況に於ける精神的看護の研究(1), 国立結核療養所共同研究年報 4 巻, 109-114.
- 27) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に対する心理的看護の研究 (2) (3) 心理的看護の為の Nurse の Personalwork 的研究(2), 国立結核療養所共同研究年 報 4 巻, 104-108.
- 28) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03) 結核患者に対する心理的看護の研究 (2) (2) 看護場面に於ける心理的面接の臨床的研究(2), 国立結核療養所共同研 4 巻, 99-

104.

- 29) 国立療養所結核心理的看護共同研究班(1966. 03)結核患者に対する心理的看護の研究(2)(1)看護場面に於ける心理的実態の実証的研究(2), 国立結核療養所共同研究年報 4巻, 97-99.
- 30) 豊田シマ子(村山国療), 杉沼としえ(1966. 07)肺結核に糖尿病を合併する患者の看護問題点とその対策, 看護学雑誌, 30(7), 78-81.
- 31) 国立療養所結核心理的看護協同研究班グループ(1966. 1)限界状況に於ける精神的看護の研究, 看護技術, 12(11), 106-114.
- 32) 剣持雪子(国立東二病院), 渡辺建子(1966. 11)脳結核腫の術後看護, 看護学雑誌, 30(11), 77-80.
- 33) 新谷佳子(関大), 出口多摩子, 川端和子, 和田ツヤ子, 阿部米子(1966. 12)肺結核に於けるTH, SF療法に併発した肝性昏睡の看護の1例報告, 看護研究学会集録 15回, 286-288.
- 34) 内田モモエ(鹿児島国療)(1966. 12)小児骨関節結核の運動療法における看護, 看護研究学会集録 15回, 112-114.
- 35) 森加子(板西国療)(1967. 01)ケースカンファレンスの実際 結核患者○谷氏の場合, 重症結核患者の心理と看護, 看護技術, 13(1), 72-78.
- 36) 大井百代(東京国療), 藤井華井(1967. 04)最近の結核看護の問題点肺結核外科におけるリハビリテーションナーシングを含めて, 看護, 19(4), 14-22.
- 37) 絹川和子(兵庫国療), 山本菊江, 吉見敦子, 酒井貴美子(1967. 1)結核を伴う小児気管枝喘息の看護, 看護技術, 13(12), 104-111.
- 38) 深津要(八事国療)(1967. 1)結核患者社会復帰のための心理的看護, 看護技術, 31(12), 98-103.
- 39) 戸次澄美子(神奈川衛生短大)(1967. 1)結核訪問活動の問題点, 看護技術, 13(12), 93-97.
- 40) 谷田部和子(栃木国療)(1967. 11)重症結核患者の心理と看護, 看護学雑誌, 31(12), 100-103.
- 41) 北島美寿子(国療下志津病院)(1967. 12)肺結核を併発せる進行性筋ジストロフィー症患者の日常生活指導について, 看護研究学会集録 16回, 204-206.
- 42) 看護管理共同研究斑班(1968. 03)国立結核療養所における総合看護のための看護体制の研究, 国立療養所共同研究年報(結核, その他), 5巻, 126-139.
- 43) 看護管理共同研究斑班(1968. 03)昭和40年度年度看護管理共同研究報告, 5巻, 140-144.
- 44) 再春荘精神的看護研究グループ(1968. 04)重症結核患者に対する医師との協同に由る精神的看護の臨床的研究国立療養所重症結核精神指導療法協同研究班, 総合看護, 3(2), 84-92-83.
- 45) 緒方ミチ子(国療刀根山病院)(1968. 09)結核患者のカンファレンスの進め方実例と考察, 看護技術, 14(10), 66-71.
- 46) 出貝美津(田浦共済病院), 野村久美子(1968. 11)肺結核に合併した尿崩症看護の1例, 共済医報, 17(4), 564-566.
- 47) 斎藤冠菊(札幌国療), 谷村清子(1968. 11)老齡肺結核患者の看護について一老齡患者に対する看護技術所要時間に関する調査一, 看護学雑誌, 32(12), 96-100.
- 48) 高畑寿美子(虎の門病院)(1968. 12)結核病棟に於ける患者指導, 看護技術, 14(14), 80-84.

- 49) 柳橋澄子(国立公衆衛生院), 東野妙子, 茅野泰子, 赤井和子(1969. 01) 結核患者の継続看護臨床看護と公衆衛生看護の連繫, 看護研究, 2(1), 22-47.
- 50) 国立療養所重症結核精神指導療法協同研究班, 再春荘精神的看護研究グループ(1969. 01) 重症結核患者に対する医師との協同に由る精神的看護の臨床的研究(2), 総合看護, 4(1), 101-113.
- 51) 国立結核療養所看護管理共同研究班(1969. 03) 昭和 42 年度看護管理共同研究報告, 国立療養所共同研究年報(結核, その他), 6 巻, 170-186.
- 52) 国立結核療養所看護管理共同研究班(1969. 03) 昭和 41 年度看護管理共同研究報告, 国立療養所共同研究年報(結核, その他), 6 巻, 159-169.
- 53) 長谷川博子(鳥大)(1969. 1) 肺結核患者の安静指導, 看護学雑誌, 33(10), 96-103.
- 54) 国立結核療養所看護管理共同研究班(1970. 03) 昭和 44 年度看護管理共同研究報告(中間報告), 国立療養所共同研究年報(結核, その他), 7 巻, 97-107.
- 55) 国立結核療養所看護管理共同研究班(1970. 03) 昭和 43 年度看護管理共同研究報告(第 3 報), 国立療養所共同研究年報(結核, その他), 7 巻, 83-96.
- 56) 榎本美以子(鹿大病院), 松元イソ子, 中仮屋ヒデ子, 田上やす子, 加治屋リヤ子, 口脇マサ子, 永田千鶴子, 福德憲子(1971. 03) 結核混合病棟における看護業務内容の再検討, 看護研究学会集録 19 回, 48-50.
- 57) 古川敦恵(東京国療)(1972. 02) 肺結核の看護, 看護学生, 19(12), 35-37.
- 58) 松尾千代子(陸上自衛隊福岡地区病院), 山本静代(1972. 03) 肺結核兼肺吸虫症患者の看護, 陸上自衛隊福岡地区病院研究年報, 昭和 46 年度, 37-39.
- 59) 中川ノブ子(国療中野病院), 雨宮明子(1972. 05) 結核のケース・スタディ, 看護学生, 20(2), 43-47.
- 60) 村田千幸(愛知県立愛知准看護学院)(1972. 06) 肺結核症患者の看護, 看護教室, 16(6), 62-64.
- 61) 二宮和子(愛媛国療), 近藤律子, 日野百合子, 重松ミヤ子, 山本久枝, 阿部敏子, 松岡安子(1973. 04) 肺結核に肺性心を合併した肥満患者の管理, 看護研究学会集録 21 回, 303-305.
- 62) 半田幸子(広島市民病院結核病棟)(1973. 07) ベッドサイドの看護入院生活に不安をもつ結核患者への援助, 看護学雑誌, 37(7), 840-848.
- 63) 矢野田鶴子(宮崎国療結核病棟)(1973. 08) 訴えの多い長期入院患者への援助, 看護学雑誌, 37(8), 968-972.
- 64) 小山洋子(国療刀根山病院)(1973. 11) 退院結核患者の継続看護—地域保健所との情報交換のための調査を中心に—, 看護技術, 19(15), 58-64.
- 65) 古川敦恵(国療東京病院)(1973. 11) 飲酒癖のある結核患者の看護社会復帰のための援助を中心に, 看護技術, 19(15), 43-49.
- 66) 都立府中病院結核科(1973. 11) 動脈硬化症, 精神分裂症を伴った老人結核患者の看護, 看護技術, 19(15), 34-42.
- 67) 岩垂みはる(国療中野病院), 畠山サカエ(1973. 11) 結核病棟; その看護管理上の諸問題, 看護技術, 19(15), 65-71.
- 68) 吉崎ヨシ(国療松戸病院), 渡辺貴美子(1973. 11) 高血圧症を伴った老人結核患者の看護,

看護技術, 19(15), 20-33.

- 69) 飯野絹子(国療清瀬病院)(1974. 02) ナーシングサロン 結核の病像の変貌とともに一今日の結核看護について, 看護学生, 22(12), 10~11.
- 70) 小野光子(神奈川県秦野保健所)(1974. 03) 適正療養を拒否しつづけた感染性肺結核患者の看護, 保健婦雑誌, 30(3), 227-240.
- 71) 山崎泰子(神奈川県立長浜療養所)(1974. 06) 長期療養結核患者の自立への援助, 看護学雑誌, 38(6), 45-647.
- 72) 白井奈美(国療新潟准看護学院)(1974. 09) 結核の長期療養における看護婦の役割, 看護学生, 22(6), 57-60.
- 73) 山本喜代美(国療愛媛病院), 本田久子(1974. 1) 慢性疾患患者へのリハビリテーション的アプローチ退院したがる結核患者への働きかけ, 看護技術, 20(13), 52-56.
- 74) 中井蔦枝(愛媛県立今治病院), 池内栄子, 高橋恵子, 谷向俊子, 古市久美子(1974. 11) 結核病棟における脳卒中患者の看護例, 愛媛県立病院学会会誌, 12(2), 150-153.
- 75) 小島ユキエ(日本看護協会)(1974. 12) 結核予防に対する再認識を, 保健婦の結核展望, 12(2), 48-49.
- 76) 長谷川博子(鳥大付属病院結核), 上橋聡子(1974. 12) 退院したがる長期入院結核患者への援助, 看護学雑誌, 38(12), 1224-1227.

「看護婦以外の医療従事者」10件

- 1) 伊藤きぬ子(愛知県), 安藤典子, 井上悦子, 高木久子, 遠島ふさ, 牧野紀久子, 安藤美代子(1965. 12) 愛知県尾西保健所に於ける結核管理, 看護, 17(12), 46-55.
- 2) 岡西順二郎(1966. 03) 結核と戦って居る人々看護助手, 複十字, 68号, 12.
- 3) 松野かほる(公衛院)(1969. 12) 保健婦活動の現状と課題特にイギリスの地区看護活動と其教育を中心にして, 保健婦の結核展望, 7(2), 21-33.
- 4) 中重喜代子(東京都杉並西保健所)(1970. 03) 結核患者の保健指導の1例社会復帰を繞ってメモ: めぐって, 日本看護学会集録 2回, 134-136.
- 5) 清水寛(東京都高等看護学院)(1972. 09) 結核の予防・医療・行政につくした思い出の人(8) 有馬英二あくまで臨床的な結核学者, 複十字, 107号, 16-19.
- 6) 内田靖子(国立公衛院衛生看護)(1972. 12) 保健婦の歩んできた道保健婦活動の変せん, 保健婦の結核展望, 10(2), 29-34.
- 7) 池田あき(結予結研保健看護)(1972. 12) 保健婦の歩んできた道保健婦の研修機関より, 保健婦の結核展望, 10(2), 35-40.
- 8) 杉浦静子(三重県立高等看護学院保健助産学), 山口直美, 伊藤輝子, 山本三江, 小林文子, 坂本弘(1973. 06) ある老人の結核患者の訪問から, 保健婦の結核展望, 11(1), 44-50.
- 9) 松野かほる(国立公衛院衛生看護学)(1973. 06) ある農村保健婦の歩んできた道瑞穂町の中村さんと坂本さんの場合, 保健婦の結核展望, 11(1), 29-33.
- 10) 堀田之(愛知県瀬戸保健所)(1974. 11) 結核ならびに珪肺結核と地域看護, 公衆衛生情報, 4(11), 25-29.

「看護婦教育」3件

- 1) 足達さだ子(日赤中央病院)(1962.08)私は結核看護法を斯う教えて居る,看護教育, 3(8),5~8.
- 2) 三好光江(板西国療),松本ヒデ子,森加子,森岡喜代美(1967.02)結核療養所に於ける臨床指導一つの試み,看護教育,8(2),69-72.
- 3) 中村恭子(慶大付属厚生女子学院)(1972.05)伝染病科実習の展開<結核>の患者の看護を中心に,20(2),48-51.

