◆会長講演◆

看護管理50年の歩みとこれからの方向

千葉大学看護学部附属
看護実践研究指導センター　草　刈　淳　子

Ⅰ．はじめに：「看護管理」の捉え方と看護の位置付けについての基本的理解

本年西暦2000年は，看護管理の立場からみると，1950年（昭25）に，国立病院・国立療養所に総婦長制度がしかれてから50年という１つの歴史的な節目である。

そこで，この50年の歴史的流れを，まず最初に保健医療政策に伴う「組織の再編」という面から捉え，看護の自立と看護管理の発展との関係で論じたい。

しかし，本論に入る前に，「看護管理」という言葉の捉え方について確認しておく必要がある。看護管理の思想が戦後日本に最初にもたらされたのは，昭和21年10月の看護学雑誌創刊号からであるが，適切な日本の著書がなかったため，アメリカの「病院婦長学」（第２版1945）が昭和24年に翻訳紹介された。あらゆる点で日本にぴったりとはいかないにしても「少なくとも日本の看護婦さんのうちの誰方かが自らの経験に基づいて書くだけの資格がつくまでは指導書としてお役に立つと思います」[1]と序文でオルト看護課長は述べている。本のタイトルの印象が強いためか，いまだに「看護管理は婦長以上の人が学ぶもの」といった考え方が少なくない。しかし，「組織の時代は管理の時代」といわれる今日，組織に属する者全てが看護管理について理解している必要がある。

1982年（昭57），千葉大学看護学部に全国共同利用の継続教育施設として「看護実践研究指導センター」が新設され，教育学部から当センター看護管理研究部に配置換えとなって私が最初に直面したことは，「看護管理」をどのように捉えるか？ということであった。

戦後の関係誌を隈無く調べた結果，看護管理の思想は，病院だけでなく，広く公衆衛生看護をも包含していることを確認した。例えば，「婦長」という雑誌は，昭和30年－31年の２年間だけの発行であるが，７月号には，創刊号には記されていない副題－総婦長，病棟婦長，主任，教務主任及び保健所婦長の総合雑誌－が，明記されている。また，昭和35年に訳出されたゴダードの「看護管理の原則」[2]の目次にも，病院の看護管理と，公衆衛生の看護管理の項がある。表１は，昭和36年（1961）に東京で開催されたWHO西太平洋地域事務局主催の看護管理ゼミナールにおいて，会議に先立って示された看護管理の定義である。これらから，看護管理が病院に限定されたものでない

表１　看護管理の定義

看護婦の潜在能力や関連分野の職員及び補助職員，あるいは設備や環境・社会の活動などを用いて，人間の健康向上のために，これらを系統的に適用する過程である。

ＷＨＯ西太平洋地域事務局主催
看護管理ゼミナール
昭和36年(1961.10.)

ことは明らかである。

そこで，現場実践としての狭義の「看護サービス管理」Nursing service managementと，現場の看護に何らかの影響を及ぼす行政上の制度や規則などの外部環境があり，それを含めて広義の「看護管理」Nursing administrationとして捉え，図1のように構造化した。

次に，重要なことは，医療における看護の位置付けである。欧米諸国と日本の病院の成立過程の根本的な違いを改めて実感させられたのは，1985年（昭60）に「病院の歴史：保健医療施設の発達：東と西」[3]のテーマで国際医史学会のシンポジストとして参画した時であった。欧米諸国では英・米・独，オランダ，フランスなど国が違っても，看護婦が寺院で旅人や弱った病人の看護をしており，そこに医師が入る形である点で共通しているのに対し，日本では，医師が1人医業をしている処へ看護婦が入ったという歴史的経過があり，図2に示すように，主が逆となっている。従って，日本の看護婦の考え方の基底には，どこかに医師に従属しているという感覚がある。図2の中央は，患者を中心に三者が相互に双方向に関係する理想的な構造を示した。「看護婦の歴史ではなく，病院の歴史を」と，事務局の酒井シズ先生（順天堂医大）から再三いわれ，唯一人の看護職としてプレゼンテーションする私は苦慮した。幸い，英国のBrian Abel Smithが，「病院の歴史は，看護の歴史に先立つものではない」[4]と述べていたことから，「病院の発達は組織の変化であり，看護組織の発達が影響している」ことに着目して，プロシーディングを纏めることができた。同席された医学界のオピニオンリーダーであられた故川喜田愛郎 元千葉大学学長，故中川米造 元大阪大学教授，池上直己 慶応大学教授らからは，看護のあるべき方向について多くの示唆を頂いた。

図2　日本の看護の成り立ちと欧米との違い

今回，過去50年の日本の看護管理の発展経緯を振り返るに当たって，「時代区分は，社会との関係の質が変わった時に把握される」という学説に従い検討した結果，表2のように7期に区分された。さらに後述するように，看護職が日本の保健医療政策の中に公式に位置付けられた1970年代半ば以前と，2000年まで，さらに2000年以降とで，

表2　看護管理の発展経緯
－発展段階からみた時代区分－

第Ⅰ期：被占領期－独立経（昭20年終戦－35年まで：組織体制づくり）			第Ⅰ段階
前期	1945－1952	ＧＨＱによる間接統治，改革の基盤整備	
後期	1952－1960	反動期	
第Ⅱ期：	1960－1970	病院ストを契機とした看護自立への道	
第Ⅲ期：	1970－1976	高度医療・患者の重症化の中での看護業務の確立	
第Ⅳ期：	1976－1987	保健医療のシステム化に向けて	第Ⅱ段階
第Ⅴ期：	1987－1992	高齢社会における保健・医療・福祉の連携	
第Ⅵ期：	1992－2000	チーム医療を基盤とした長寿社会への再編 看護教育の急激な高度化（86大学）	
第Ⅶ期：	2000－	介護保険及び「健康日本21」の導入 新たな看護の位置付けと他領域との連携	第Ⅲ段階

図1　看護管理（学）の構成（草刈試案）
（看護研究，Vol.15，No.5より）

大きく3段階に区分されると考えた。

今日，外部環境としての制度やシステムの動向は，その影響の度合いから法律及び経済の両面で決定的な意味を持ち，これらを踏まえない限り現場の看護管理をよりよくすることは不可能とさえいえよう。むしろ，今日のような変革の時代だからこそ，現場の看護管理をよりよく運営するためには，これら諸制度の仕組みをよく知り，積極的に提言し，環境条件を変革していく任務があるといえよう。以下，これら各期の特徴と看護管理上の問題を捉え，何が促進あるいは抑制要因となったのか？外的・内的要因について分析する。

Ⅱ．看護管理の発展経緯

1.－1　第Ⅰ期（前期　1945－52）　図3

終戦の1945年12月1日に陸海軍・傷痍軍人病院は国立病院・療養所として厚生省に移管され，GHQによるComprehensive Medicine & Nursing（総合医療・総合看護）の理念の下に，専門職としての看護のあるべき理想を目指して，国立東京第一病院はモデル病院として，また，モデルスクール，モデル保健所を通して具体的に改善方向が示され，日本の保健医療の改革が実質的に推進された時代である。有資格看護婦による看護の提供のために早速，指導者講習会が開始され，看護管理の実際が国立東京第一病院において「病室管理」として具体的に米国の指導者によって指導された。職能団体が結成され，他方，厚生省から分離新設された労働省によって，病院診療所看護婦及び派出看護婦の実態調査が初めてなされ，報告された。初代婦人少年局長山川菊栄は「実態把握こそ行政の基礎である」とし，調査に並々ならぬ情熱を傾けられ，その序文の中で，「人命を預かる大切な仕事であり献身的なサービスを必要とするだけに，看護婦その人の健康や労働条件が充分に守られ，技術や教養を高めることのできる生活が保障されなければならない」[5]と，ケアする者のケア，つまり，看護管理の重要な役割を指摘している。

また，日本の病院に，経営管理学の機能集中による効率化という面から「中央化理論」が取り入

図3　第Ⅰ期（前期）1945－1952

れられ，1951年（昭26年）に文部省に「大学病院改善協議会」が結成され，「大学病院改善要綱」が公表された。さらに，翌1952年には国立大学病院を対象に「大学病院研究会」が作られ，そこでの検討を経て昭和30年（1955）に東大病院に中央手術室が作られ，その後，全国の病院に広がった。管理体制は，院長・事務長・総婦長の３本柱となり，これら病院管理者を対象とした研修が，国立東京第一病院（昔は東一と略称）現在の国立国際医療センターの一角に開設された厚生省病院管理研修所でなされた。同所は厚生省医療・病院管理研究所となり，１昨年，創立50周年の記念を祝ったところである。

終戦からほんの数年間という短期間に，看護の基盤がほぼ形成されたということは驚くべき早さであり，この基盤がなければ，日本の「組織医療」への脱皮は困難であり，今日のような看護の発展もなかったであろう。

１.－２　第Ⅰ期後期（1952－60）　図４

GHQが去った後，一方で看護の大学教育が発足し，病院の近代化・組織化・設備化に伴って，国立結核療養所では付添看護が廃止され，これまでの家族や付き添いに代わって，施設に属する国家資格免許の看護婦による看護の提供へと改革されたが，これらはGHQの外圧の残余で実現した

図４　第Ⅰ期（後期）1952－60

といえよう。

他方，前期での急激な変化への反動として，1956年（昭31）に厚生省看護課は廃止されて医事課へ統合され，開業医にとって使い易い看護婦が求められた。またメイド看護婦の養成に戻ってしまうと，心ある医師達の危機感を募らされたのもこの時期である。しかし，看護職自体にも一半の責任はあったといえよう。当時，日赤の看護課長であり，後に日本看護協会会長となられた林　塩先生は，「封建的な思想の中で安住していたのは女であり，病院のそれの中で長い間安眠を貪っていた看護婦は，その間に知性を培わず責任を与えられないから真の意味の職責を自覚しない。いくら看護婦の再教育をしても旧態然とした様相を呈している。・・看護婦を従属的存在として取り扱い，真の意味の看護を育ててこなかった病院の封建的思想の結果である。」[6] と指摘した。こうした体質が，いまなお少しでも残っていないかよく点検し，21世紀には持ちこまないようにしたい。昭和25年に発足した完全看護は，昭和33年には「基準看護」として，給食・寝具とともに健康保険医療の標準的入院サービスに位置づけられ，日本人も入院時に煮炊き用の鍋，釜，七輪他，布団一式をリヤカーで運び込む姿からようやく解放された。

他方，新らしい医療関係職の誕生と共に，それまで看護職がしていた仕事も，看護職の手から離れていった。それに伴い，看護とは何か？タマネギ論つまり，どんどん剥いていった後に何も無くなるのか，あるいは剥いたあとに大切な何かが出てくるというタケノコ論が盛んに論じられた。

２．第Ⅱ期（1960－70）　図５

国民皆保険が達成され，日本の医療界は新たな時代を迎えた。つまり，いつでも，どこでも，誰でも，必要な医療が受けられるという，医療保障制度が実現した。当時，市町村合併が進み，仕事を求めて人々は都市に集まり，過密・過疎問題が指摘され始めた。こうした社会経済状況を反映し

図5　第Ⅱ期　1960－70

て地域毎に抱える健康問題が急速に異なってきた。「地区診断」が，地域のヘルスニードを捉えるための新しい手法としてなされた時期である。産業復興に対応する形で，新たにU，UR等の型別保健所が提示された。同年には，各市町村国民健康保険組合と保健所が共同で，地域の健康問題を把握し，それに対応した保健計画を立てて活動しようという，いわゆる二局長4課長通牒のもとに活動方針が示され「共同保健計画」が推進された[7]。保険局，公衆衛生局，医務局など関係各課の法律事務官・医師・看護技官などがチームを組んで，全国8ブロックを回った。しかし，予防と医療のヨコの連携を重視し，市町村が独自の保健計画を立てるという，新しいやり方に不慣れであったため，「国の業務指針を出して欲しい」という保健婦がいて，病院看護婦のみならず自由な活動を自ら放棄している実態が地域保健婦にも存在する現実を知らされた。しかし，自ら積極的な改革を推進する先進市町村もあり，実態レベルは様々であった。

看護婦の絶対数の不足が明らかとなり，1960年の秋には全国的規模で病院ストが起こった。看護史上初めて，看護職が医療の封建制に対してよりよい看護を求めて立ち上がったとされる。急遽，「病院経営管理改善懇談会」が同年12月，厚生省に臨時に設置され，また，医務局に新たに指導課が設置された。日本の病院経営を改善するのに，「日本の病院の質的差異をよく理解して独自のものを考え出さねばならない」とした上で，報告書は，経営方針と経営組織，人事管理，財務管理の各部分について述べている。人事管理には最も多くのページがさかれ，病院における近代的人事管理のあるべき姿が描かれた。

「人間関係は，日本の病院で新しく発見された重要な課題として今後の深い研究を望みたい」[8]と，小沢龍元医務局長は述べた。日本の医療界もついに，真の医療問題に直面したと云え，看護管理の重要性が初めて認識されたといえよう。全国的な無医地区解消のため，一県一医科大学構想が立てられ，高度経済成長の波に乗って，各地に病院が建てられ建築ラッシュが続いたのもこの時期である。

3．第Ⅲ期（1970－1976）　図6

人口の高齢化を背景に老人10割給付，つまり，老人が医療を無料で受けられるようになり，患者が急増した。診療を受ければ病気が見つかり，治療すれば費用が掛かるということで，昭和50年代

図6　第Ⅲ期　1970－76
患者の高齢化・重症化と医療の高度化

は，医療技術の高度化と共に各地に新設医科大学が設置され，患者の重症化・多様化が進み，看護の多様化・複雑化の中で看護業務が拡大化し急増した時期である。こうした変化に対応すべく，医療保険では重症加算や基準看護の特類設定がされた他，様々な名目で加算が設定された。筑波大学病院では，米国のコロンビア大学で考案した看護の必要度に応じたProgressive Patient Careを，初めて日本に導入した。この考え方の基本は，昭和28年（1953）頃，日本の国立結核療養所で安静度に見合って看護婦を重点配置した「傾斜配置」と似ている。しかし，患者の症度に基づく病院システムとしてのこのPPC構想はその後伸展はみられず，部分的にICU，CCU，NICU，SELF CARE，HOME CAREとして，展開されている。

4．第Ⅳ期（1976－87）　図7

昭和51年（1976）に，国立学校設置法の一部改正で，国立大学病院に「看護部」ができ，「看護部長」が初めて誕生し，同時に厚生省の国立病院・国立療養所においては，総婦長が「看護部長」に名称変更され，看護部は6年後に設置された。

一方，地域では，市町村国保組合の保健婦が，第一次国民健康づくり政策の一環として，市町村衛生に身分移管されることとなり，国保保健婦40年の幕を閉じたのであった[9]。

図7　第Ⅳ期　1976－87
女性の地位向上と看護職への期待

これらは，従来，各施設の自給自足に任されてきた看護職が，国の保健医療政策の下で，初めてヘルスケア・システムに公的に位置づけられたと云うことが出来る。つまり，公共のために看護を必要とした一連の社会政策であり，その点で，この時期はこれまでとは異なる段階に入ったと考えられる。看護管理コースが神奈川県立看護教育大学校に，第16回ICN東京大会開催，看護修士課程が千葉大学・聖路加看護大学に，さらに，厚生省の看護研修センターが，また文部省の全国共同利用施設として千葉大学看護学部に看護実践研究指導センターが設置されたのもこの時期である。キュアからケアへと移行する時期にあり，新たに制定された老人保健法は，1つの法律の中で，保健と医療が統合されたと云う意味で特記される。昭和59年に厚生省は，それまでの医務局，公衆衛生局というタテワリ行政から，健康政策局，保健医療局，生活衛生局に大きく機構改革した。

他方，世界的なウーマンリブの流れの中で国連婦人の10年（1975－85）が示され，これを機に日本では1976年に教員，社会福祉と看護分野の女性に育児休業が適用された。これらの背景には，健康転換論（Health transition）の考え方があり，日本が明らかに急性感染症の第一相の段階から慢性疾患の第二相の段階を経て，1980年代は老人退行性疾患の第三相の時代に突入するとの認識があったということができる。

5．第Ⅴ期（1987－1992）　図8

昭和62年6月の国民医療総合対策本部の中間答申を受けて，良質で効率的・効果的な医療の提供が目標とされた時期である。ミンツバーグは，患者の満足度調査の結果，看護職が全調査項目に関与していたことを指摘している[10]。従って，この目標は，良質で効率的・効果的な看護サービスの提供無くしては，達成できないといえる。看護の博士課程が聖路加看護大学に開設され，北海道麻

図8　第V期　1987－1992

高齢社会における保健・医療・福祉の連携

生脳外科病院の看護活動がメデイアを通じて世間の人々に「看護の力」が目に見える形で示されたのもこの時期である。保健医療とさらに福祉の連携が推進され，第二次国民健康づくり政策や，ゴールドプランが展開された。医療法改正に伴い，「駆け込み増床」が人為的な看護婦不足を起こし，30年前の病院スト以来初めて，白衣の抗議デモが世間の目を引いた。看護婦等人材確保法や「看護の日」の制定がなされたのは画期的なことであった。

6．第VI期（1992－2000）　図9

訪問看護の対象が拡大され，また，基準看護から新看護体系への移行がなされ，看護技術の経済評価としての診療報酬点数が拡大された。1993年，総理府によって「看護に関する世論調査」[11]がなされたが，看護に対するイメージは「優しい・思いやりがある」「親切」などで，看護婦についてのイメージは，「人命に関わる尊い仕事」が72%，次いで「夜勤があって生活が不規則な仕事」62%となっている。

図9　第VI期　1992－2000

地域医療を基盤とした長寿社会への再編成

これまで異なっていたサービス提供の圏域を，二次医療圏や老人保健福祉圏の圏域を勘案して管轄区域を定め圏域ごとに保健所を再編し，これを地域保健医療計画の基盤とした。また，医療法の改正により，チーム医療の文言や，病院の機能分類が行われ，戦後意図して来た政策が形としてほぼ整えられたといえる。施設から在宅へ向けて，多職種の協働と連携のあり方が一層問われ，在宅ケアにおけるケア・コーデイネーターとしての新たな機能・役割が重要視されるようになった。医療の質向上へ向けて，日本医療機能評価機構が完全稼動し，看護管理者のファーストレベルの研修が開始され，セコンド，サードレベルが，また，専門看護師・認定看護師など看護の専門分化と看護教育の大学化や高度化が急速に図られた。かってGHQのサムス公衆衛生福祉局長は，予防・医療・社会保障・社会福祉のいづれもが車の四輪としてバランスよくなることを望んでいたが，ほぼ実現したといえる。

7．第VII期（2000－　）　図10

2000年4月より介護保険が多くの問題を孕みながらも開始され，いよいよ保健医療福祉を統合した時代へと突入した。「健康日本21」が発足し，国民一人一人の健康への意識を高める動機付けに，評価可能な具体的な目標値と，また健康でいられる年齢を示す「健康寿命」という指標を取り入れた点で，新たな段階に入ったといえよう。先進諸国同様に，公的責任から自己責任へと政策の重点をシフトさせる中で，社会事業法も50年ぶりに

「従属から自立」へ・「男女共生の時代」へ

図10 第Ⅶ期 2000年～
新たなヘルスケアの段階

「措置から契約」へと変革された。2001年1月からの省庁再編を前に，すでに県レベルでは，衛生部と社会部を統合し健康福祉部とする等，新たな時代の到来を象徴している。ＩＴ革命と言われる情報技術の急激な発展の中で，医療情報開示が進みつつあり，医療情報は誰のものか，患者の意思決定，家族の意思決定代行，プライヴァシー，看護婦の守秘義務等，関係者間の慎重な検討が必要となってきている。

看護系大学はすでに医科大学の数を上回り，教育の高度化に伴い，こうした新たな問題に挑戦していく必要がある。看護職の副院長は，私立病院では1987年に，1997年には公立病院に，また，昨年来，国立大学病院でも院長補佐として，経営トップ集団の一員として組織の意思決定に参画し得る立場を獲得し始め，日本の医療界も組織変革の中で，変貌を遂げつつある。育児休業介護休業は今では男女の別なく全労働者がとれる時代となった。17年前，書店で見つけた「女性とリーダーシップ」[12]の副題「従属から自立へ」「男女共生の時代」に惹かれて，早稲田大学システム研究所の著者に当センターの講義を依頼したことがあるが，ついに医療界も「従属から自立へ」が実現される時代となった。

以上，過去50年余りを7期に分け，各時期における保健医療政策との関係をみてきたが，看護職がヘルスケアシステムの中に公的に位置付けられた1976年と2000年のこれからを境として3段階に大きく区分されることが理解されたと思う。1960年は病院ストを契機に，日本の医療界が初めて看護管理の重要性を自覚した年であり，日本の看護職にとって重要な出発点であった。

Ⅱ．私の関わった看護管理の主な仕事と研究の概要

私の職業生活はこの年から始まったので，日本の看護の自立への過程が私自身の職業人としての成長発達過程と重なる。表3は，これまでの看護管理に関する私の主な研究テーマである。紙幅の関係で一覧に留め，詳細は，参考文献に当たっていただければ幸いである。

1961年開催のWHO看護管理ゼミナールでは，厚生省看護課の小林富美栄保健婦係長のもとで日本側資料（General Information about Nursing in Japan）の作成に関わった。「看護管理の定義」[13]は，この会議が開始されるにあたって確認されたものである。WHO顧問として，Community Nursingで有名なルース・フリーマン女史が参加され，看護管理，看護サービスの質，教育と臨床の協力のあり方，業務範囲，他職種との連携など，看護管理の今日的課題が，すでに検討されている。

1969年，WHOフェローシップにより6ケ月の「社会保障制度下の看護サービス」について海外研修に行く機会があった[14]。NZは，日本に似ており，また，女性参政権，看護業務法が世界で最初にできた国であり，施設の長が教養ある看護職であったことが印象的であった。

医師・歯科医師及び薬剤師調査の分析から，女性の結婚・出産・育児により就業率が25－34歳の年齢階層に低下する事を見いだした[15]。一般女性

表3　看護管理に関する主な研究テーマ

ではいわゆるM型パターンとして認識されるが，医療職は免許資格が必須なため，卒業時の就業率は高く，逆Nパターンを示すこと，昭和40年代の5年ごとに低下の度合いが大きくなること等が明らかとなった。看護職については，年末現在の「就業届け」しか資料がなく免許所有者総数が判明しないため，就業率が算出できず，看護職に基礎的統計数値が欠落している実態を知らされた。

1982年昭和57年，看護実践研究指導センターへの異動に伴い，「職業人の成長のための継続教育のあり方」について研究することが新たな役割となった。

看護現象を共通の言葉で表現していく道具として，当時アメリカで研究されはじめたゴードンの「看護診断」は活用可能と考え，当センターに来校された共同研究員の有志で翻訳した[16]。また，最初の看護診断マニュアル1981－82[17]は，アメリカの看護事情に詳しい，樋口康子，南裕子両先生と，生理学に詳しい伊藤幸子先生及び野島先生と草刈の5人という珍しい顔ぶれで1985年に訳出した。1昨年「日本における看護診断20年のあゆみ」[18]を纏め総括した。

1984年（昭59）日米産業比較調査研究（第12章医療／看護）[19]で，当時日本経済研究センター主任研究員をしていらした篠塚英子氏と，二木立，西三郎先生とご一緒した。米国では看護の費用は室料に含まれていた。看護サービスの経済評価について，日本経済全体をみる篠塚英子氏の現在の立場からはどのようにみえるのであろうか。

1985年（昭60），第23回日本病院管理学会が筑波大学で開催され，石原信吾部長の司会で「看護管理の方向」[20]について課題報告をした。アメリカの看護部長の1880－1980年の100年の歴史と看護部長の1／3は副院長であることを紹介すると共に，今後ますます医療の中で管理が重要となる方向を示した。同時に21世紀の医療の姿として描かれた中央の円の中の医師：患者関係の図中に看護を位置付け，患者にも医師にも通訳者として双方が安心して診療し受診する関係を保持する看護の，補助者ではなく援助者としての役割，即ち冒頭の理想の3者関係を示した。

来日できずビデオ講演となったベス・イスラエル病院のRubkin院長は，挨拶の中で，アメリカの看護問題を「眠れる巨人」[21]と評していた。ちなみに，この時期には，日本には副院長は一人も存在しなかった。1986年WHO地域事務局主催のPHCにおける看護の役割のWorkshopに参加するよう矢野看護課長から要請があり，マニラへいっ

た。看護教育の，臨床看護重点主義から地域看護重視への転換の必要性が強調された[22]。

1990－91　厚生省保険局医療課研究班（代表西村周三教授　京都大学経済学部）「看護マンパワーの経済分析」[23]では，緊急の社会問題となった看護婦不足が昭和60年末の医療法第一次大改正による駆け込み増床の結果，人為的に引き起こされた不足であることが分析の結果明らかとなった。男女雇用機会均等法成立後，実力ある看護職者は，条件の良い他領域の分野に移動することによって，自己のキャリアアップを図らざるを得ない状況で，このような職業定着による不足はアメリカでも観察され，ペンシルバニア大学のDr. AikenはNew England Journal of Medicineの中で，“New Shortage”と表現した。わが国のこれまでの，数で補う対応では解決に至らず，余程，国がテコ入れしないと解決されない重大問題であるということを，分担した「第3章 看護労働」で解説した。数多くの研究から看護婦不足の原因がこれほど明確であるにも拘わらず解決できていないと云うことは，国が本気で解決に取り組んでいない証拠と言わざるを得ないと指摘した。

・1983－84の海外文献欄でソヴィーの病院看護婦のキャリア発達の概念[24]を紹介したことを契機に，職業・家族・個人の3軸による「キャリア立体」概念をもとに，国公私立大学病院看護部長・副看護部長を対象に1990－91年に全国調査した。看護職には婚姻・教育背景・年齢等により4つのパターンがあること，特に新設医科大学が急増した昭和50年代に看護の役職が急増した結果，就任時年齢の若年化と，部長への昇任期間の短縮化が認められ，また，婚姻と役職就任時年齢との関係では未婚者が有意に若く就任している実態も観察された。また，どの時代を生きたかによって「時代効果」「年齢効果」があることを発見すると共に，「看護管理者のキャリア発達曲線」[25]を描くことができた。世代の移行により，どのような変化を示すのか今後の研究が待たれる。川口孝泰，長友みゆきの両氏及び回答をお寄せ下さった方々の協力があってのことで改めて関係各位に感謝したい。

他方，職務満足と希望配置の有無との関係については，希望配置で現病棟に適合しない者に最も職務満足度が低いという事実を明らかにし，管理者が希望配置を配慮したにも拘らず不満をもつ者を作り出す危険のあることを示唆した[26]。

昭和61－62年度の「訪問看護の効果に関する研究と訪問看護需要計測に関する研究」[27]では，海外文献研究を担当したお陰で，RogatzとM. F. Drummondの概念枠組みに出会うことができた。患者が軽症であれば在宅ケアは安いが，重症になると病院の方が安く在宅ケアは却って高く，状況に見合ったケアマネージメントの必要性が示唆された。医事法学会では，アメリカのNurse Practitionerの各州における法的責任の動向について報告する一方，病院基盤の訪問看護の医事法学的考察について報告し，訪問看護婦の意見が一致した項目は包括指示で対応できるケースが多い実態を報告した。その中で，広井良典氏の「医療モデルと生活モデル」の両者間に看護が存在することを，Rogatzの図から確信し，修正案を提示した[28]。他方，大学病院における相対的医行為と医師の指示についての看護婦の意識調査の結果，国立K大学で4パターン[29]，私立F大学で5パターン[30]になることが確認された。つまり大学病院といえども設置主体，部署，年令等によって，何を看護婦が自ら判断して行うかについて見解が異なることを明らかにした。看護の役割拡大が進む中で，スタッフ間の「看護」それ自体についての合意が，必ずしも成立していないという実態が判明したわけである。管理すべき本体である「看護」が明確でない限り，よい看護管理が成り立つ筈もないので，先ずは，看護部全体で確認する必要が

ある。

療養の場に関しては，工学部の中山茂樹助教授と共に「看護管理と病棟建築」，「在宅療養と療養環境」などについて，日本病院管理学会例会等で行っている。他方，厚生省看護課の要請で「在宅ケアにおける訪問看護婦の専門業務と看護の責任性」[31]について，多くの訪問看護の専門家の協力の下に平成7／8年度長寿社会福祉事業の助成により，また，「医師の指示と法的責任」[32]は科研費により調査を実施し，研究結果は，各県看護協会図書館及び，看護系大学図書館に寄贈済みである。なお，「在宅療養を推進するための条件整備に関する研究」は，川村佐和子代表の下に引き続き研究しており，今春，「療養の世話の構造に関する研究」[33]及び「在宅療養を支援するための医療処置管理看護プロトコール作成に関する研究」[34]が川越，数間両教授と，現場の多くの臨床家の方々の協力によって出版された。臨床判断を確実にする際にこのまま使えるのか，修正が必要かの吟味，医師の反応，看護職の使い易さあるいは看護診断の面などから，今後さらに研究を進める予定である。また，大学院増設を機に，「大学院における看護管理カリキュラムの開発に関する研究」[35]を，科研費により現在纏めているところである。

Ⅲ．看護の新たな役割認知

1．これからの看護のあり方

図は，1997年に千葉県で開催された管理学会シンポジューム（「ケアの時代：看護の質向上と経済評価をめぐって」[36]）において広井良典千葉大助教授が示されたものである。今回，看護は，この図の最も中心部の，全体が見渡せるところに位置するとの解説がなされた。このことは，看護モデルが医療モデルと生活モデルの間に存在するとした私の指摘が了解されたことであり，なおかつ，看護が予防や心の問題等全てに関わるという，まさに人間を全体的にケアすることを視覚化し明らかにしたものとして評価される。この看護独自の特性があるからこそ，ケア・コーデイネーターとして，他の医療関係職者との連携をとりながら，チーム医療を推進していくことが看護職者に期待されるわけであろう。

図11　看護の位置づけ
－ケアの科学に向けて②－

従って，看護職者は，広い視点にたち，人間の命と尊厳と権利を守るために，他のいかなる領域の人々とも連携・協力して，この期待に応えていくことが重要な役割となる。各自がこの図のどこに位置するのか，自分の位置づけを明らかにする必要がある。その位置づけが定まれば，自分の役割が明確に認知され，そして，そこでの責任ある実践を全うするために，自分が準備すべき知識・技術が何かがはっきりする筈である。

2．看護の真価が問われる時代

従来，教師と共に女性の仕事の代表と考えられてきた看護職にも，今日では男性である看護士・准看護士が増え，活躍している。組織メンバーが性・年齢・教育背景・社会体験などの面で多様化するに伴い，これまでのような一律の管理では対応仕切れなくなり，婦長の管理能力は，益々重要となる。病院のトップ管理者の一員として，経営に直接参画する看護管理者が増えて来た現在，看護管理者には，高い資質が求められる。

1) まず，将来へ向けて「こうありたい」という「理想」，夢を持つこと。「夢無きところ民は亡ぶ」といわれる。「昨日の夢は今日の希望であり，明日の現実である」ともいわれる。明日の現実へ向けて，制度を活かした理想を掲げると，組織の理念に繋がる。
2) 第二に，それを実現させていく「意欲」を持つこと。なぜそう考えるのかの正当な理由が明確であれば意欲は増す。
3) 第三に，改善へ1歩踏む出すためには，少しの「勇気」が必要である。

3．看護管理者に必要な能力　表4

環境に変化が起これば，当然現状とのズレが生じる。このズレが解決すべき「問題」であり，各々の状況に応じた対策により改善される必要がある。管理とは考える力であり，より実践的になるにはより理論的になる必要があるといわれる。問題解決のない看護管理はありえない。問題解決に必要な技術的能力とは，

1) まず，現状をしっかり把握する「認識力」
2) 次に，何故そのような現状に至ったのか，原因を突きとめる「分析力」
3) さらに，原因を除去し，改善するための対策を言葉で表す「表現力・企画力」
4) そして，諸条件の制約の中で，何を優先するかについての「判断力」
5) また，いくつかの対策を比較し，どれか1つを選択し，決定する「意思決定力」と
6) 最後に，それを推進し実行する「行動力」

表4　管理者として必要な能力

1．認識力
2．分析力
3．表現力・企画力
4．判断力
5．意思決定力
6．行動力

図12

これらの能力は，管理者になってからでは遅いのであって，就職し，組織人となったその日から，意識して育てることである。現在，直面している最大の看護管理上の課題は，医療現場が忙しすぎて周辺の変化・社会の変化について看護職者がしっかり把握していないことである。また，現状も明確に把握できていない。従って，現状とのズレ＝問題がはっきり捉えられない，という実態がある。それ故に，第1部で保健医療政策の動向とその影響について述べ，現場に強く影響している外部環境としての保健医療政策の現状をよく認識することが重要であり，先ずは，自分の現場の発生問題を切り出す訓練をすることである[36]。

4．21世紀における「看護」を求めて

1984年の木場会長による本学会第10回学術集会で，「21世紀の看護を考える」というシンポジュームが持たれた。本学会が16年前に描いた夢は，果たして，どれだけ実現し獲得できたのであろうか。

今回，50年を振り返り，各時代それぞれに，変化に対応した政策により，組織の再編がなされ，その中で看護職は新たな役割認知をし，必ずしも充分とは言えないまでもそれに対応した実践を志向し乗り越えてきたことが確認された。私達はい

表5　－Three Ways to Growth－
成長のための3つの方策

1．組織の再編
2．新たな役割認知
3．責任ある実践

ま「看護部が変われば病院は変わる！」[37]に見るように，日本の歴史と諸制度，さらには人々の価値観等を踏まえて，日本の土壌に合った看護管理のあり方を，内なる我が力によって創出する事が出来る時代に到達したといえる。看護サービスの提供が地域に広がってきた今日，看護職が責務を果たすには，それなりの権限が必要であり，医療における看護職の位置付けに適った法的検討が是非とも必要である。

今後，外部環境はさらに加速度的に，地球規模で変化していくであろう。今回のメインテーマである，「Three Ways to Growth 成長のための3つの方策：「組織の再編，新たな役割認知，そして責任ある実践」によって変化に立ち向かっていくことが期待される。

文　献

1．メリー・マーヴィン・ウェエーランド他，病院婦長学，メヂカルフレンド社，1949
2．ゴダード著，小林富美栄訳，看護管理の原則，医学書院，1960
3．Yoshio Kawatita et al ed., History of Hospitals- The Evolution of Health Care Facilities- Proceedings of the 11th Sympojium on the Comparative History of Medicine- East and West, August 31-September 6, 1986, Ishiyaku EuroAmerica, Inc.
4．Brian Abel Smith著，多田羅浩三他訳，英国の病院と医療－200年のあゆみ－保健同人社，1981
5．労働省婦人少年局 山川菊栄，病院診療所の看護婦－労働実態調査報告－，1951，現代日本看護名著集成，大空社，1992
6．林塩，病院看護と封建制，病院，9(12)，1953
（この時期の関係論文は下記を参照）
（草刈淳子，反動期の文献に探る看護婦問題の根源－問われる日本の戦後看護改革の真価，看護44(9)，1992
7．草刈淳子，地域看護の推進についての一提案，看護展望，2(10)，1977
8．小沢龍，病院経営管理改善懇談会の答申，1960
9．小林富美栄，鈴木一郎，草刈淳子，国保保健婦40年，保健婦雑誌，1981
10．池上直己，病院組織における管理姿勢－Performanceとの関係，病院管理，25(1)，1988
11．総理府内閣総理大臣官房広報室，看護に関する世論調査，1993
12．稲毛教子，女性とリーダーシップ－「従属から自立へ」「男女共生の時代へ」，有斐閣，1983
13．WHO西太平洋事務局主催，看護管理ゼミナール記録，日本看護協会出版会，1963
14．岩佐（草刈）淳子，オーストラリア・ニュージーランドにみる看護管理，看護学雑誌，29(3)，1960
15．草刈淳子，保健医療専門職における女性就業のライフ・パターンの動向について－医師・歯科医師及び薬剤師調査から－ 公衆衛生，42(3)，1977
16．マージョリー・ゴードン著，野島良子／草刈淳子監訳，看護診断－その過程と実践への応用，医歯薬出版，1988
17．マージョリー・ゴードン著，訳者代表草刈淳子，看護診断マニュアル1981－82，へるす出版，1985
18．草刈淳子，日本における看護診断20年のあゆみと今後の課題－看護研究，31(6)，1998

19. 日本経済研究所，日米産業比較調査，第12章医療，篠塚英子，二木立，西三郎，草刈淳子
20. 課題研究報告，司会：石原信吾，草刈淳子，看護管理の方向，病院管理，24 (4)，1986
21. Michell T. Rubkin，21世紀の医療と教育病院，病院管理23 (1)，1986
22. 草刈淳子，WHO 西太平洋事務局主催，ワークショップ“PHC における看護の役割”に出席して，看護，39 (5)，1987
23. 厚生省保険局編，西村周三他，看護マンパワーの経済分析，社会保険福祉協会，1992
24. 草刈淳子訳，病院における専門職看護キャリアの促進，看護展望，8 (9)，1983　M. ソヴィー，Fostering professional nursing career in hospital, the role of staff develop ment, JNA，12 (12)，13 (1)，1982
25. 草刈淳子，看護管理者のライフコースとキャリア発達に関する実証的研究，看護研究，29 (2)，1996
26. 仲村和子他，看護職の職務満足と配置部署との関係，看護管理，6 (7)，1996
27. 松野かほる他，訪問看護の効果に関する研究，看護展望，14 (2)，1989
28. 草刈淳子，病院基盤の訪問看護の実態とその医事法学的一考察，医事法学，10，1995
29. 桑原弓枝他，K 大学病院における相対的医行為に関する看護婦(士）の意識調査－相対的医行為に関する調査結果から，日看研誌，20 (3)，1997
30. 赤峰五月他，F 大学病院看護婦の職務意識－相対的医行為に関する調査結果から－，日看研誌，20 (3)，1997
31. 研究代表者　草刈淳子，在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する研究，社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）助成による研究報告書，1997. 3.
32. 研究代表者草刈淳子，（良村貞子，長友みゆき)，在宅ケアにおける医師の指示と訪問看護婦の業務範囲と法的責任，平成7－9年度科研費による研究成果，1998，3.
33. 本委員会委員長 竹中浩治，主任研究員 川村佐和子「療養上の世話」の構造化に関する研究，在宅療養を推進するための条件整備に関する研究報告書，全国訪問看護事業協会，1999. 3
34. 本委員会委員長 竹中浩治，主任研究員 川村佐和子，在宅療養を支援するための医療処置管理における看護プロトコール作成に関する研究，在宅療養を推進するための条件整備に関する研究報告書，全国訪問看護事業協会，1999. 3
35. 日本看護学会看護管理分科会，草刈（司会)，紙屋，岩崎，大塚，広井，ケアの時代：看護の質向上と経済評価をめぐって，看護，特別臨時増刊号，153－189，1998
36. 草刈淳子，看護管理の研究の現状と展望，看護 MOOK 40，看護実践と研究，1992
37. トップ・マネージメント研究会編著，看護部が変われば病院は変わる！－創造的看護管理への挑戦，日本看護協会出版会，1998