

# 看護の質の確保に関する研究

ープライマリヘルスケアに基づく看護モデルの開発ー  
：プライマリヘルスケアと看護実践・教育・研究に関する文献から

主任研究者 菱沼典子

平成10年度

厚生省医療技術評価総合研究事業

## 看護の質の確保に関する研究

ープライマリヘルスケアに基づく看護モデルの開発ー  
：プライマリヘルスケアと看護実践・教育・研究に関する文献から

## 看護の質の確保に関する研究研究者一覧

－プライマリヘルスケアに基づく看護モデルの開発－  
：プライマリヘルスケアと看護実践・教育・研究に関する文献から

氏 名	所	属
◎ 菱 沼 典 子	聖路加看護大学 基礎看護部門	教 授
森 明 子	聖路加看護大学 母性看護学・助産学部門	助教授
片 桐 麻 州 美	聖路加看護大学 母性看護学・助産学部門	講 師
久 代 和 加 子	聖路加看護大学 成人・老人看護部門	講 師
酒 井 禎 子	聖路加看護大学 成人・老人看護部門	助 手
成 瀬 和 子	聖路加看護大学 地域看護部門	助 手
斎 藤 和 子	千葉大学 看護学部	教 授

## 目 次

---

### 研究要旨

1. はじめに	1
2. 研究の目的	1
3. 研究の方法	1
4. 結果及び考察	2
4-1) 取り扱われているPHCの分野と活動内容	2
4-1-1) 母子保健	2
4-1-2) 予防接種	4
4-1-3) 一般的疾病や外傷の予防と治療	4
4-1-4) 精神保健	4
4-2) プライマリヘルスケアの概念 ―プライマリケアとの用語の混乱	5
4-3) PHCのアプローチにおける看護提供者とその役割	6
4-4) PHCに関する看護教育	11
4-5) PHCの推進に向けての方略	14
5. おわりに	14
References	15
表 1	20
表 2	21
図 1	22

# 看護の質の確保に関する研究

ープライマリヘルスケアに基づく看護モデルの開発ー  
：プライマリヘルスケアと看護実践・教育・研究に関する文献から

## 研究要旨

PHC(Primary Health Care : 以下PHCと略す)と関連する看護の現況について概括することを目的に、系統的文献検索を行い、看護領域における PHCに関する文献の分類と内容を検討した。総計271件の文献が検索されたうち、67件をレビューの対象とした。67文献の種類の内訳は、論説22件、研究25件、報告20件であった。これらを、1) 取り扱われているPHCの分野と活動内容、2) プライマリヘルケアの概念ープライマリケアとの用語の混乱、3) PHCのアプローチにおける看護提供者とその役割、4) PHCに関する看護教育、5) PHCの推進に向けての方略にそって分類し、考察した。今回読んだ文献は、感染症や母子保健を取り上げた健康転換第1相に関する文献数が多かった。いずれの健康転換相においてもPHCは共通して使える方法論であるが、世界的に見れば、健康転換第1相の課題への取り組みが多いのが現状である。また、PHCに携わる看護提供者について、その職種や役割、システム作りの重要性が数多く取り上げられていた。さらに、PHCを用いて「すべての人に健康を」に向けて努力するには、看護教育でのPHCの導入が必要であり、その中でも特にシステム作りとチームアプローチの導入ができる人材の育成が課題となっていた。

## 1. はじめに

WHOは、”2000年までにすべてのひとびとに健康を(Health for all by the year 2000)”をスローガンに、各国・地域の実情に合わせたプライマリーヘルスケア(primary health care:以下PHCと略す)を推進しており、PHCは世界に共通する用語となっているのは今や日本でも周知のことである。しかし、PHCの概念は医療者に正しく理解され、十分に浸透しているのだろうか。

少子高齢社会、医療技術の高度化、クライアントをめぐる社会情勢の激しい変化、価値観の多様化のみられる昨今の日本において、あらゆる年代、地域、疾病を含む健康問題に対応しうる、質の高い看護が求められている。そのためには、どのような看護モデルがのぞましいのだろうか。

そのような看護の質向上を目的とする視点から、PHCとの関連において看護はどのようなモデルを現在もち、今後開発できるのかを分析・検討することは、日本のみならず他国におけるひとびとの健康問題の解決をはかるうえで有用であると考えます。

今年度は、PHCと看護の実践・教育・研究に関する主として海外文献のレビューを行い、PHCにおける世界の看護の活動状況を広く把握することにした。

## 2. 研究の目的

この文献レビューの目的は、PHCと関連する看護の現況について概括することである。とくに、このレビューを通して以下の事柄を明らかにする。

- 1) 取り扱われているPHCの分野と活動内容
- 2) 用いられているPHCの概念
- 3) PHCのアプローチにおける看護提供者とその役割
- 4) PHCに関する看護教育
- 5) PHCの推進にむけての方略

## 3. 研究の方法

系統的文献検索を行い、看護領域におけるPHCに関する文献を分類し、内容を検討した。PHC(primary health care)と看護(nursing)および看護各領域の母性(maternity)、小児(pediatric)、成人(adult)、老人(elderly)、救急(emergency)、精神(psychiatric)、助産(midwifery)、地域(communitiy)、地域保健(communitiy health care)、教育(education)をキーワードに用い、英文で記述されたものを条件にし、CINAHLにより1993年から1998年5月までコンピュータ検索を行った。総計271件の文献が検索された。そのうち、選択の基準として、入手可能であったもの、2ページ未満の短いものを除いた計67件をレビューの対象とした。

レビューに際し、2種類のコーディングシートを作成し、それにそって論文全体を読み、要約した。一つは文献タイトル、著者、誌名、巻号頁年、論文の種類、PHCの概念、PH

Cの看護の対象、看護提供の拠点またはアプローチの主体、看護内容・目指すセルフケア、看護の方法またはアプローチ方法、PHCの評価（評価研究の場合）を項目とした。もう一つは教育に関するものに適用するため、文献タイトル、著者、誌名、巻号頁年、文献の種類、PHCの概念、教育対象、教育機関、教育内容、教育方法を項目とした。

#### 4. 結果および考察

レビューの対象にした67文献の種類の内訳は、論説22件、研究25件、報告20件であった（表1）。67文献を、目的の1)~5)にそって分類し考察した。

##### 4-1) 取り扱われているPHCの分野と活動内容

PHCの分野に関する文献の分類は、アルマ・アタ宣言によるPHC必須分野8項目を参考にしたが、一文献の内容が複数の項目にわたっていたため、統合・再編した。栄養不良、飲料水、衛生は母子保健に、健康教育は一般的疾病・外傷の治療と一緒に、そして精神保健を追加した。予防接種はそのまま活かした。つまり、母子保健、予防接種、一般的疾病・外傷の治療、精神保健の4項目を用いて分類した。以下、項目毎に紹介していく。

##### 4-1-1) 母子保健

母子保健に関する文献は12編あった。このうちPHCの必須項目としてあげられている「家族計画を含めた母子のケア」として幅広い文献が見られた。このうち前半6編は研究であったが、このうち4編はPHCの評価研究であり、2編はニーズの調査という内容であった。後半の6編は論説4編、実践例の報告2編であった。

Jindauら(1988)はナイジェリアでの子どもの下痢疾患対策としてのORT (oral rehydration therapy) 療法を母親たちに教育した場合の評価研究を行っている。

その結果、ORTの知識を得た母親は多かったが、実施率は低く、地域の伝統的な習慣にも考慮した教育を行う必要があることが明らかになった。

Onyejiakuら(1990)はナイジェリアのある2つの地域を選び、母子保健を指標としてPHCの効果を測定した評価研究を行った。その結果、問題は母子よりも家族に関するもの(特に経済問題が一番の関心事だった)が多く、最も用いられた介入方法は教育であり、看護の指導者はPHCの展開ができることが明らかになった。

Patisteaら(1992)はGreekの女性を対象に健康教育 (Breast self-examination) を行いその効果について評価研究を行った結果、教育を受け知識や経験ができるほどBreast self-examinationの実施率も高くなるという行動の変化も見られた。

MacDonald(1995)はPHCの一例として中学生に健康教育 (Cardiovascular Health Education Program) を行った結果セルフケアに変化が起こるかについて質問紙を用いて評価研究を行い、Patisteaらの結果と同様に健康教育により行動が変化することを示した。

Callister(1995)はPHCの提供者として出産する女性は医師と助産婦を選ぶ基準について述べ

ており、提供者の違いは対象となる女性のヘルシーのの違いを示した。

Bowlingら(1996)は母親の教育レベルの違いでその子どものヘルシーが異なるか2年間に渡るコホート調査を行い、子どものヘルシーは母親を含めた家族に影響されることを示した。

Owen(1996)は実際に訪問してパナマのPHCの様子を報告している。その中で住民やヘルス・ポスト・クリニックで働く人たちの教育だけでなく、少女たちへの読み書き教室も紹介している。

Poultonら(1994)はパナマ政府とカリフォルニアの加利福尼亚大学とが共同で行ったPHC活動を報告している。パナマでのヘルシーは母子の死亡率や罹病率が高いことであり、そのために女性の生活に関する調査や子どもの身体測定、家庭訪問、TBA (Traditional birth attendant) の教育、ヘルスボットの設立などを行った。

Sukati(1997)はSwazilandの政府によるPHC活動について述べた。Swazilandのヘルシーとしては乳幼児死亡率、罹病率(特に15~19歳女子)の低下、出産に関するもの(10代の妊婦、出産間隔)があり、適切で利用しやすい幅広いヘルスサービスの提供をめざして、健康教育から生活環境の整備、ヘルスマンパワーの開発、政府の能力開発までに取り組んでいる。

Miller (1995) はAustraliaとSaudi Arabiaにおけるconsanguinity (血族結婚) という文化をもつ人々のPHCについて述べている。特にSaudi Arabiaでは女性の価値の向上がPHCの中に含まれており、女性のヘルスケア専門家の育成、ヘルスケア提供者の教育を行って血族結婚による死亡率や先天的奇形児の出産率の低下をめざしている。

Juarbe (1995) はアメリカに住むヒスパニック系の女性たちのヘルスケアへのアクセス状況をPHCの観点から述べている。そして、ヒスパニック系の女性たちのヘルスケアへのアクセスは社会経済状況、教育、言葉に影響を受けるが、実際のアクセスはヘルスサービスの便利さと満足が大きな要素になる。また、ヒスパニック系の女性たちが一番利用するヘルスケアは出産と生殖に関するものである。しかし、ヘルスサービスや施設はヒスパニック系の女性たちの社会的文化的背景を考慮して作られてはいない。

Nair(1989)はIndiaにおける女性を対象としたPHCについて述べている。特に女性の幼少時から出産前後の時期を中心に、食習慣の改善などの文化的な信念と習慣に配慮した栄養教育など教育的な活動を行った。

このように母子保健に関する文献は幅広いが、女性または子どもあるいは母子を対象とし、PHCを展開しているものであった。母子を対象とはしているが、女性の地位が低いことやそのため十分な教育を受けられず健康が維持できないといった社会文化的背景を考慮したPHCを展開していた。また、女性の健康が守られないことは子どもの健康にも大きく影響することからもPHCにおける母子保健の重要性が明らかになっていた。また、ほとんどが、健康教育を含めたPHCを取り上げており、母子保健だけでなく、健康教育にも該当する文献であったことから母子保健におけるPHCでは教育という要素が重要であるといえる。しかし、母子保健は看護提供者だけでは解決が難しい問題も多いと思われるが、看護職の役割としては社会文化的背景をふまえたヘルシーの把握やそのヘルシーにあった健康教育の実施、女性や子ども

もの身近なところでPHCに関わる人（ヘルパーなど）の教育であることが示唆された。

#### 4-1-2) 予防接種

予防接種に関する文献は3編あった。研究論文1編、論説1編、報告1編だった。英国のものが2編、米国のものが1編と、いずれも、先進国の状況が取り上げられており、開発途上国に関するものはなかった。英国の文献は、Clarkら(1995)が子どもの予防接種率を上げるための計画とhealth visitorによる実践と評価を報告する一方、Pilgrimら(1995)は、集団小児予防注射に焦点を当て、それを取り巻く倫理的問題を指摘、国の政策について批判的に論じている。これら2つの文献は、一般のひとびとのみならず、PHCに関わる専門家さえ、予防接種の効果とリスクに関する正しい情報をもつことや、予防接種の普及や適用における正しい判断をすることの難しさを示唆している。米国の文献は、Osguthorpesら(1995)が、予防接種に関わるヘルスケア提供者のために、ワクチン使用上の注意事項を述べたものであり、当該国が予防接種を重視した政策に力を入れている現状が読み取れる。また、予防接種は先進国にとっても依然PHCの注目すべき課題であることがわかる。

#### 4-1-3) 一般的疾病や外傷の予防と治療

一般的疾病、外傷の予防や治療に関する内容として分類した文献は2編あった。2編とも論説であった。1編が米国、1編がオーストラリアのものであった。Huebscher(1997)は疾病治療における医療者や一般の人々の薬の処方や飲み方、使い方に関する米国の問題を指摘する。なぜ過剰に薬が用いられ、飲まれてしまうのかを分析し、薬に代わるケアを用いることにより薬の使用を減らす必要性和Health Care Practitionerの役割について論じている。Wilson(1991)はオーストラリアの、特定の地方の病院の救急部にPHCの概念を位置付け、地域での貢献やそこでのHealth Promotion Nurseの採用や看護提供について述べ、それによりあがるであろう成果について論じている。

これらの文献から、その地域の実情にあわせた医療機関の役割や医療に頼り過ぎない人々の意識づくり、そうした観点からの看護職の機能が有望視されていることがわかる。

#### 4-1-4) 精神保健

精神保健に関する文献が5編あった。5編のうち3編が英国、2編が米国のものであった。精神保健はアルマ・アタ宣言で指摘されている主要な健康問題には含まれていないが、先進国において精神保健が健康問題として大きな地位を占めていることを反映しているといえよう。

しかしながらこれらの文献では、PHCとPC（primary care:以下PCと略す）が混同しており、概念としてPCが使われているものが3件あった。

Meadら(1997)は文献レビューによって、英国の種々な看護職が、コミュニティの色々な場面でPCとして精神保健に携わる可能性を探り、PCの担い手として看護職が適切であると述べ

ている。

Armstrong(1996)は地域で働く第一線の看護職が知っているべき鬱病に関する情報を整理している。

Haberら(1995)はPCの観点から精神保健看護のモデルを開発しており、基礎レベルと上級レベルに分けてその教育にも言及している。

Hanniganら(1997)は英国においてcommunity-psychiatric nurse(地域精神看護婦)がPHCで果たす役割として、一つは重篤で長期にわたる精神疾患患者に対する役割、もう一つは精神疾患ではない精神健康問題を有する人々に対する役割を挙げて、それに必要な技術を抽出している。この論文ではPHCを重要概念にしているが、内容として地域におけるPCと受け取れる部分も含まれていた。

Cotroneoら(1997)は米国の医療再編に際して、psychiatric-mental health nurse(精神科-精神保健看護婦)が精神保健の予防的ケアや健康増進、クライアントの擁護に役立つと主張している。

5編はすべて論説ないし文献検討であり、研究論文、実践報告は含まれていなかった。精神保健は健康転換の2ないし3相でクローズアップされてくる問題であり、先進国では重要な健康問題となっている。医療における一次予防という意味でのPCの点からも、今後とも重要な課題となるであろう。PCにおいては専門家が知識を利用してアセスメントできる事、またケアに関する知識を提供するという点から、その知識を有する専門職の養成や知識の内容が論じられていると考えられた。その専門家として、地域で働く看護婦あるいは精神の専門看護婦が期待されていることも示されていた。

先進国の精神保健でPHCの取り組みが期待されるのは、精神疾患を有しながら社会で生活する人々のPHCであった。また医療経済の抑制にPHCが有効であるという観点から、PHCが使われ、その担い手として看護婦が期待されている面もあった。これはPCでも同様であった。

#### 4-2) プライマリヘルスケアの概念-プライマリケアとの用語の混乱

プライマリヘルスケアの概念に関し、プライマリケアとの用語の混乱を指摘して論じた文献が2編あった。いずれも米国の文献であった。

Barnersら(1995)は、WHOが「2000年までにすべての人に健康を(以下HFA)」の戦略として導入したPHCの概念と米国の看護界において用いられているプライマリケアの概念を比較し、その相違点を明らかにしている(表2)。そしてPHCとPCが混同されているため米国ではPHCの導入が進まないことを指摘している。

Shoultzら(1997)は、同様にPHCとPCの用語が混乱し、適正に使われていないと指摘している。PHCとPCの関係を示すモデル(図1)を提示し、PHCの導入によらなければ、すべての人々の健康問題にはケアが行き渡らないと述べている。

そもそもPHCはWHOのヨーロッパ地区から提案された「2000年までにすべての人に健康を」の戦略であり(アルマ・アタ宣言1978)、PCは米国における医療を予防という視点で見直し

たレベル、クラーク(1953)が第一次予防として使った用語である。PCは個人の健康問題へのアプローチであり、医療専門家による活動であるのに対し、PHCは地域の住民の参加を前提とし、医療専門家はそのパートナーとして位置づけられている。PCもやり方によってはPHCの一つの方法になり得るが、PCでPHCを説明することはできない。元々異なる背景から生まれた用語であるので、別個に考えるのが当然であろうが、どちらも健康医療に関する分野で使われるため、混乱を生じているのであろう。BarnersらはこのPHCとPCの違いを明瞭に示しており、ShoultzらのPHCとPCの関係を示したモデルも非常に明確である。

PHCの概念を論じたこの2編を除き、今回検索した文献の中で使われているPHCには、PCの意味で用いられると判断できるもの、混同して使われているものが多かった。また我が国においても、この用語の混乱は同様であり、PHCの概念を整理する必要性を再認識した。用語の概念を明確にする点でこの2論文は有用であった。

#### 4-3) PHCのアプローチにおける看護提供者とその役割

1977年に開催された第30回World Health Assemblyにおいて、Health for allが提唱された。1978年にアルマ・アタで開かれたPHCの国際会議では、Health for allを達成する鍵はPHCにあると確認されている。

Cousins (1981) は、ヘルスケアがすべての人々に平等に行き渡っていないということに対して、看護職はまだ十分なケアを受けていない人々に対応できる最も適切な人的資源であるといっている。また1980年には社会的戦略を作る目的で、はじめてWorkshop on Maternal and Infant Healthが開かれ、母子のヘルスケア充実のために投資がされはじめたが、このように目的達成のために政治の力を使うことも重要なことであると述べている。

ケアの行き届かない地方都市では、ナーススペシャリストが医師の業務に近いことをしているが、質の高いケアを提供し、ヘルスケアのコストを減らしている。修士号を持つ卒業生が増えている現在、看護業務の範囲を制限する必要はない。Dr. Morris Green (1981) がWorkshop on Maternal and Infant Healthで主張しているのは、ケアの行き届かない地方都市では、ケアの担い手である看護職(ナースプラクティショナー・公衆衛生看護婦・助産婦)は、医師のバックアップを得て、治療・予防・妊婦や1歳未満の乳児へのヘルスプロモーションを共働して発展させていくことが大切であり、そのためにも、州・国家の行政と協力していく必要がある、ということである。

ナースプラクティショナー (NP) は第一次予防活動の担い手として、PHCを行なっている報告がいくつかある。産業の場で、ナースプラクティショナー(NP)としてPHC活動をしているカナダのFerguson (1996) の報告である。肉のパッキング・搬送作業をしている12,000人規模の企業にヘルスケアユニット(HCU)が設けられ、NP2人、RN1人、医師(パート)1人、秘書1人で構成されており、NPは3つのことをしている。①これまでの職場での怪我や病気の傾向について明らかにする。②職場巡回によりリスクの高い仕事や環境につい

て明らかにする。③工学・安全・ヘルスケア・管理などの学際的人間工学的会議に参加する。その結果、相談のケースは増えても欠勤や半日出勤の数が以前の1/2~1/3になった。予防策をとることにより、怪我は減り疾患の罹患や重症化を防げたのである。

Haq(1993)は、ナースプラクティショナー(NP)の管理するナーシングセンター(NC)で高齢者の満足度について調査し、看護活動がPHCの達成に貢献していることを報告している。多くのNCでは年齢に関係なく通う高齢者の健康状態を管理し、よい状態を維持するための援助を提供している。主な活動は、ヘルスプロモーション・ヘルスクリーニング・健康教育・家族に関する相談・老化相談・支援グループへの対応である。

この調査では、施設利用者に対して面接を行ない、Patient Satisfaction Survey(PSS)とClient Satisfaction Survey(CSS)を用いて分析した結果、高い満足度が示された。不満足につながる理由はデータが少ないためはっきりしないが、経済的問題・健康不安・孤独・人生の満足度などが考えられる。今後NCが増えるにつれ、看護職の新しい活動分野となりうることが示唆された。コストの見直し、サービスの質などが今後の研究課題である。

Brown(1988)は、NP(Family)による実践の中で、PHC達成のためのコーディネーション・ヘルスプロモーション・教育・カウンセリング活動の広がりや検証を郵送法で行い、広範囲にわたる活動をしていることとその活動の必要性を実証した。

このようにナースプラクティショナーの活動は、実績・評価ともに認められているものであり、今後もその活躍が期待されている。他にも有用な活動をしている看護職の例がある。

Walker(1995)は、PHCの担い手であるPrimary Health Nurses(PHCNs)にインタビューをしてその役割を調べ、PHCNsがいかに有効な活動をしているかや今後の課題について述べている。南アフリカのSowetoでは、コミュニティヘルスセンターを拠点としたPHCNsによる看護提供がおこなわれている。PHCNsは、1年間の集中プログラムを経て採用された後、患者の診察・診断治療、家族計画についての指導を行っている。ただし、看護業務が医師の領域に達していることに対する反感もある。今後の課題として、PHCNsは臨床上のケアだけでなくコミュニティに密着した問題にも取り組むことがPHCのアプローチとしてベストであり、女性に対しては特に、ガイダンスとサポートをしていくべきであると述べている。

またLaffrey(1988)とBeddome(1993)はPHCのための公衆衛生看護活動について述べている。具体的には、前者はPHCのゴール達成のための、公衆衛生看護活動のあり方を述べている。PHCのゴール達成のために、公衆衛生看護のゴール達成の障害となるものを除く必要があり、そのために二次、三次ヘルスケアを強化する。つまり個および家族のみならず、ハイリスクグループへの働きかけを十分にしたり、また消極的でアサーティブでない看護婦が主体的に活動するようにすること。また、公衆衛生看護における役割の混乱をなくす。一方、後者は、PHCを担う公衆衛生看護職のあり方として、以下の4点をあげている。幅広い役割を持ち高度教育を受けること、現在よりも経済的に有効な方法が看護管理プログラムからできてくること、専門家等のケースマネジメントを担当する、その地域特有のものに対応できるようかかわる、というものである。

Orpazら(1994)は学際チームで行なったプロジェクトで、看護職は受け持ち地域の対象者の医療的な情報や家族のニーズなど様々な情報を提供し、地域全体のプログラムの計画実践に参画したり、統計上の最新情報を提供しケアに生かす役割を持っている。また受け持ち地域が変わらないことで、一貫した継続ケアを行なうことができるとしている。

このように看護職は活動を反映して、地域性を取り入れたプログラムを作る責務を担っている。

Hatcher(1998)は、低所得者が多い地域で、1)サービスの公平な配分とアクセス、2)適正技術、3)ヘルスプロモーションと疾病予防、4)住民参加、5)多領域アプローチというPHCの概念を用いて、看護婦管理のヘルスセンターで活動を行なった報告をしている。その中で看護職は、家庭訪問をして療養者の家庭をアセスメントすることで、ヘルスケアへのアクセスを確保したり、ヘルスセンターでカウンセリングやOTCを使用するなど、コストエフェクティブな技術を提供するといった実質的な活動に参加している。これによって地域住民のニーズに合ったケアサービスが提供でき、またヘルスケアのみならず、多彩な社会的サービスも提供できるようになったと報告している。

Pullen(1994)は、統合的PHCモデルを作成・検証する前提条件として、1)個人ではなく、コミュニティのニーズに適合する、2)高度ではなく、基本的なケアに対するニーズに焦点を当てる、3)人間を総合的に捉えたものである、4)専門家と住民は対等な関係である、ことを述べている。モデルの中での合法的なケアの提供者である看護の経済性と専門性を他の学際メンバーにも認められ、同僚の協力関係が得られる結果となった。したがってコストを重視するPHCにおいては、看護職は適切な資源であることが示されている。

次にチームで働くというPHCの特徴であるが、その際の問題を指摘している文献がある。

Cotroneo(1997)は行政、住民、大学の協力で精神衛生保健のためのPHCセンターを運営し、全人的なケアを提供。ローカルコミュニティと協働するために地域諮問委員会を設立し、ユースアクセスセンターの諮問委員会および地域諸機関と関係を作った。そして地域の健康フェスティバルや青少年グループ活動を通じて活動を行なった。ケアの提供は、CNS, CNMs(認定助産婦看護婦)、CRNP(認定ナースプラクティショナー)からなる学際チームにより、サポートは地域奉仕活動員、ビルサービススタッフ、管理アシスタントが行なった。これによって、施設でのケアとコミュニティでのケアが可能になり、対象の状況にあった、資源中心のケアモデルに基づいてケアが行なわれるようになった。しかしながら、チームとして働く時に生じる問題として、看護婦が責任をともに分担して働くことに慣れていない、看護婦管理のヘルスセンターでの医師の役割が多様になってきて、チームコンサルタントや、チームの延長として加わっていることが指摘されている。また保健サービスに関する学際的な保健専門職の教育面でのギャップとして、関係性の確立とコミュニケーション技術、実践管理、システムでの患者管理、予防とヘルスプロモーション、チーム実践、学生の教育、ジェネラリストとしての能力、システムに関する知識、教育的、患者と家族へのインタビュー、事実に基づく臨床的決定、コミュニティサービスの利用があげられている。

Wilesら(1994)は、イギリスの家族ヘルスサービス機関で行なわれた看護職のチームワーキングで、看護職のチームワーキングに対する考えを明らかにしている。それによると、ヘルスポランティアは看護婦や助産婦の役割の拡大に脅威を感じており、それゆえかチームへの帰属意識も低い。役割はヘルスプロモーションが中心である。助産婦はGPと同じレベルで実践しているという意識がある。そのためGPがトップのPHCチームには帰属意識はない。看護婦は他職種との役割の重複があってもチームには良く馴染んでいるが、GPの監督下でプライマリケアを実践している。保健婦もチームによく馴染んでいるが、ヘルスポランティア同様のプロセスで役割が脅かされている。

Atkin(1996)らは、PNの業務の一部が他の地域看護婦と重複していてPHCにおけるPNの役割が不明確と批判されてきたため、PHCに関わりのある様々な職種にインタビューをしたところ、それぞれの立場によりpractice nurseの役割に対する考えが異なっていることが明らかになった。職種による異なった興味や展望、また組織そのものや政策から緊張が生じているが、職種間で話し合うことによってPNの役割について明らかになっていくであろうと示唆している。

このようにチームにおける看護職間、および他職種間での摩擦・軋轢についての問題が指摘されているが、それについてLowry(1996)が一つの示唆を述べている。

彼は今までパターンリスティックな医学のもと、看護は専門性・自律性が低い立場にあったが、看護婦はもっと自信を持ちすべてのレベルにおいてリーダーシップが必要であること、そしてそのためにはヘルスケアの提供におけるビジョンや、中央・地方行政のサポートによる、自律的看護婦主導の活動をどのように行なうかを考えるべきである、と指摘している。そしてそのためには柔軟でニードに対応した継続教育の必要性を唱えている。これは、PHCのみならず全てのヘルスケアに通じるものであろう。

次に、PHC達成のために住民参加を取り入れた活動について、いくつかの報告がある。

まず、Community health Workers(CHWs)の活動についてQuillian(1993)らがラテンアメリカのホンジュラスの活動を紹介している。

ここでは健康問題として栄養不良、上部呼吸器感染症、寄生虫感染が特徴であり、コミュニティがかかえる問題として教育不足・文盲・貧困・衛生不良があげられる。PHC modelの不可欠な要素はコミュニティ参加とCHWsの活用である。そのため、コミュニティの中から読むことのできる女性をCHWとして採用し、4ヶ月間にわたり4-5時間のトレーニングを行う。教育内容は、一般的な疾患・伝染病・ファーストエイド・耳と目の問題・母子健康・医薬品・栄養・衛生・皮膚についてである。

一方このCHWsを教育するのは、たとえばPHCの実践経験者や健康教育の専門家である。ホンジュラスでは公立病院のサポートを受けながらCHWsを中心にPHCプログラムを実施し、健康問題の60%を処理できた。疾病を減少させることはできなかったが、これは、貧困が問題が大きすぎて、基本的ニーズが達成されるまではヘルスプロモーションや予防医療の方針は受け入れられないからである。

Wasan(1991)は、Health for allを実現するためのインドでの方策について述べている。健康指標の目標数値において、それに対する各種のプログラムを実施するとともにインフラの整備を行なった。その一部には専門職の研修とワーカーの育成、ヘルスセンターの設立等が含まれている。これは、PHCの成功がコミュニティの協力のもとに、包括的なサービスが行なわれることによる。それは内外の各機関の協力なしでは成り立たないものである。

Whelan(1995)は、誰でもが気軽に利用できてコミュニティの健康レベルが上がるような、ヘルスケア提供場所を作るためのプロジェクトをおこなった。一次的なヘルスケアサービスの提供、リファレンスシステムの確立、住民組織である近隣支援協議会の設立を行なったが、そのなかで地域住民が、サービスの「適正さ」を決定する力となった。これは地域住民とヘルスケア提供者との協力関係を促進し、パートナーシップを作り出した。その結果地域住民が必要なサービスが、地域の看護婦が管理するセンターで提供されるようになった。

住民を活動の中に巻き込み、住民が主体となり専門職がサポーターとして活動に加わるのは、望ましい形である。しかしその場合の専門職の関わり方として、興味ある報告がある。

Koponenら(1997)は、地域住民の責任を保健センターで導入し、保健婦の経験がどのように変化したか、それはどのような要因によるものなのかを明らかにしようとした。しかし、保健婦が経験した変化は、プロジェクトの前後でわずかなものであった。それは保健婦が、地域住民の責任というものを、医療サービスを改善する方法と考え、自分達の仕事のためと考えなかったことによる。なぜならば、保健婦達が期待したほど計画や実施に参画できなかったからで、ほかの研究では将来に対する不安、サポートの欠如、自律性と信望が、コミュニティナースの仕事に対する満足度の障害とされた。

また専門職として留意すべき点としてDavis(1997)は、途上国におけるPHC活動の内容と、医療職そのものの倫理について述べているが、そのなかで看護職のアプローチの仕方として、途上国における価値や態度・信念を見直すこと、自分の価値観や信念を他者におしつけないことの重要性を説いている。臨床的な技術の習得と丁寧なアプローチと姿勢を看護職は身につけなくてはならないことも指摘している。

つまり、PHCには住民だけでなく、専門職側の意識改革も必要なのである。

次の特殊なケースに対する活動例として、Lewis(1996)は、英国の5名のホームレス(救急受診時)への面接調査を行い、PHC看護に対していくつかのことを示唆した。それらは、情報の提供やGP(一般開業医)との連絡や関係作り、PHCについての知識の提供であり、同時にホームレスに対する深い理解も重要である、ということである。

Thornton(1994, 1996)は学習障害のある成人に対して、医療関係者のPHCチームでヘルスケアを行なったが、クライアントに対する医療職のヘルスケアニーズの認識は低く、また特定の障害を持つクライアントを対象にするには、コミュニティの専門家との協働が不足していることが明らかになった。そのため学習障害に通じた専門の看護婦が必要であり、専門の教育を受けた看護婦は、クライアントに取っても資源となりうることを示唆した。

これら2論文に共通していることは、対象に対する知識・理解の必要性和地域の専門家との連携である。特に対象が一般的でないケースの場合、地域にいる専門職を資源としてネットワークを作り、互いの知識技術を活用する必要性を指摘している。その成功例として、Rowlay(1995)は、ウェールズでプライマリーケアをチーム(医師、看護婦、助産婦、ヘルスビジター)で行なっている報告をしているが、そのなかでイギリスではPHCが狭義で不明確に使われていることを認めている。そして、家族保健サービス機関と社会サービス機関との効果的な協力の例として、よくコーディネートされたケア、改善されたトレーニングとGPレベルでの幅広いサービスの提供、チームメンバー全員が良い技術を使っていることをあげた。

PHC活動におけるケアの提供者に関しては多くの文献があり、看護職はケアの重要な担い手として多彩な役割を期待され、果たしていることが文献より察せられた。それらは、①経済性への期待、②ヘルスプロモーションの実践者としての役割、③ヘルスポランティアやコミュニティヘルスワーカーへの教育、④現状を分析し、対策を立てる管理者としての役割、⑤直接的なケア提供、⑥ケアの資源としての役割、である。しかし他の看護職や医師と協働した場合に、互いの業務が重なったり上下関係が生じ、チーム内に軋轢が出てくること、また異職種間でチームを組んだ場合に教育による実務でのギャップが生じるなどの問題が生じることもわかった。さらには住民参加というPHCの概念を取り入れた場合に、専門職としてどうかかわればよいか、という葛藤も見られ、看護職がチームアプローチに、まだまだなれていないことが明らかにされた。

今後の課題としては、経済的に管理プログラムの開発、職種間の役割を調整し、円滑にするようなチームアプローチに関する継続教育が必要となるだろう。

#### 4-4) PHCに関する看護教育

PHCに関する看護教育について述べている文献は、全部で18編あった。その中で、論説は3編、研究は5編、報告は10編であった。

将来のコミュニティベースの診療に、看護婦のPHC教育の提供は急務であり、WHOは、PHC概念を基本的な看護カリキュラムに取り入れることを提言している。そのような背景において、PHCの概念やPHCを行うために必要な能力などを、学生が系統的に学ぶことができるように、様々な国でカリキュラムや教育方法などの工夫が行われている。

Davis and Deitric (1987) は、WHO国際看護開発協力センターであるイリノイ大学看護学部では、PHCにおける看護を学ぶコースにおいて、自己ペースの学習方式を行っていることを報告している。また、Davis and Pearson (1996) は、このコースを評価するために研究を行い、自己ペースの学習のレディネスの高さとコース達成度、コースの満足度に関連があることを明らかにしていた。

Woodbury (1984) は、ミネソタ大学では、ヘルスサイエンスの学生を対象として、学生の問題解決技術を開発し、評価する方法として、コンピューターによるケースマネジメントシミュレーションを取り入れていることを報告している。これは、臨床現場に近い状況が提

供される上、臨床現場に対する影響もなく、患者への危険もないという利点がある。

Reid (1982) は、カリブ海の看護学校の学生に行われているPHCの基礎看護教育について報告している。このプログラムは、学生が問題解決技法と保健サービスシステムの変革と管理を行う能力を身につけることを目的としており、カリキュラムには、予防とコントロール、栄養、環境保健、家族計画を含む母子保健、EPI (Expanded Programme of Immunization)、他領域協力、住民参加、健康教育、ハイリスクアプローチといったPHCの概念が含まれている。

Manfredi (1983) は、ラテンアメリカの看護学校の学生を対象としたPHCの看護教育について言及している。ここでの教育方法の特徴としては、学生主体であることがあげられており、カリキュラムの3つの前提として「看護教育の優先的な目標は、個人の健康ではなく、地域の健康であること」「トレーニングの場は全体でとらえられる地域の保健機関であるべきである、そしてこれらのサービスの構造や資源は、教育システムの構造や資源の統合的な部分であること」「看護学生は、地域のヘルスサービスに統合され、彼らのトレーニングは、サービスの提供に対して積極的な参加が行われるべきであること」があげられている。

Tenn (1995) は、カナダの看護学生が統合化したPHC教育を受けているかを調査している。PHCの統合化を測定するためのスケールを用いて調査した結果、60%の大学が看護のカリキュラムにおいて統合化されたPHCの教育を行っていた。

Bastian and Hicks (1996) は、オーストラリアの看護学生が最初のPHC教育の一環として、タイに行き、村のヘルスセンター、小学校、PHCトレーニング開発センターなどで行われているPHCを見学したことを報告している。この体験によって学生は、病院や地域でクライアントに、より文化的に適切で繊細なケアを提供するだろうと述べられていた。

Keogh (1997) は、南アフリカ大学の学生に提供されているPHC教育のモデルについて述べている。その中で、臨床の場でのPHC概念の指導の必要性を示唆し、現実的な田舎でのPHC体験を行ったり、地域の指導者と協力して地域看護に対するポジティブな学生の態度を育成していることなどを報告している。この臨床体験には、学生が厳しい現実を見ることにより感情的苦悩を体験したり、パーフェクトなサービスが難しい現実を知るといった問題点があるものの、学生にとって他の大学・人種の学生と活動する体験が満足感のあるものであったことから、異なった教育背景をもつヘルスケアの専門家が一緒にPHCのために働くことができることも証明されていた。

Stewart (1990) は、消費者（患者）の参加や非公式のサポートネットワークとの協力の哲学を反映した、PHCを基盤とした学部在学生の看護教育の概念枠組みを構築している。

Swordら (1994) が、カナダの新興住宅地のような地域で体験的に学んだ学生たちの学習成果を明らかにする研究を行っているが、データの分析は、スチュワートのPHCの概念枠組みから概念を明らかにしている。その結果、このような地域での経験は、ナースと人との相互関係の必要性と同様に、健康を多次元から理解するのに効果的であったことを明らかにしている。

その他学生の看護教育に関する文献としては、フィリピンの文献では、Layo-Danao (1993) が、学部教育カリキュラムにおけるPHC統合のための概念枠組みについて論じている。また、Flynn (1984) は、主にアメリカにおけるPHCのためのPublic Health Nurseの教育について論じており、様々な教育的アプローチや看護教育プログラムを紹介している他、継続教育の必要性についても言及している。

また、Anderson (1987) は、人的資源がヘルスサービスの発達において重要な問題となっているボツワナにおいて、Community health nurseを対象にアンケートや面接を行って、CHNがうけた教育に対する評価と実践について調査している。

PHCにおける卒後教育に焦点をあてているものとしては、アメリカのKeating and Nevin (1985) がcommunity health nursing、parent-child nursingの大学院修士課程の教育について述べている。Jato (1982) は、将来的にはPHCの教育者となるナースの教育であるカメルーン大学の上級看護婦訓練コースについて紹介している。学生たちは、地域でのフィールドワークを行い、これらの学習を通してヘルスケア上の問題に気づき、実践的な解決方法を作ることで、同様な調査を続ける動機づけになると述べられている。Dougherty and Cook (1994) は、拡大するPHCニーズに合った教育とサービス両方のニーズを管理するための戦略的な方法として、Bronx Municipal Hospital Center、コロンビア看護大学、そしてニューヨーク州の3者が協力しあい、学士を取得している認定看護師でナースプラクティショナーを目指す者に対する教育プログラムを始めていることを報告している。

PHCのチームワークを高めるために、他職種を交えた教育に関してもいくつかの試みが行われている。Howkins and Allison (1997) は、レディング大学の地域看護学部で行われている、一般開業医、保健婦などのPHCチームで働く専門家を対象とした共同学習のための教育的なモデルについて述べている。この学習を通じて、メンバーはPHCチームの役割と責任を理解すると共に、それぞれが事例の抱える問題に対して何ができるかを考え、議論し、解決に導くという学習を行うという。また、Long (1996) は、イギリスのLocal organizing team (LOT) により開催されているワークショップに参加しているメンバーを対象として、PHCチームのチームワークに関するメンバーの理解やワークショップに対する感想を明らかにする研究を行っている。この結果、ワークショップは、コミュニケーションを強化し、チームワークや組織の機能を高め、PHCでの役割や責任を明確化させるのに役立つとの結果がでていた。

このように、PHCにおける看護教育に関する文献を概観すると、現在PHC教育において注目されているものとして、以下の4点が考えられた。1つ目は、Stewart (1990) やLayo-Danao (1993) が、看護教育で基盤とするPHCの概念枠組みについて論じていたように、いかにPHCに含まれる概念を統合的に教育していくかということである。2つ目は、受け身の学習ではなく、学生の自主性や問題解決能力を養うような教育的アプローチが重視されていることである。これらの能力は、これからのPHCでナースに求められる能力として、非常に重要視されていることを反映していると考えられる。3つ目は、机上の学習よりは、実際の地域での

実地体験を積極的に行うことによって、PHCに必要な概念や実践を体験的に学ばせようという動きである。そして、4つ目は、他職種とのチームワークを強化し、PHCにおいてそれぞれの職種が機能を高められるような教育のあり方である。それぞれの国・地域で対象者が抱える健康問題は様々であり、アクセスの方法や使用できる資源も異なってくる。PHCにおいてナースの果たす役割に期待が求められている今、変化する場や時代にあうようにナースの質を高めていく必要があるだろう。その中で、いかにその場におけるPHCを統合的にとらえ、他の職種とより良いチームワークを発揮しながら、積極的に柔軟にその場にあった現実的な方法で問題解決に取り組めるようなナースの育成が、PHCにおける看護教育の課題といえるだろう。

#### 4-5) PHCの推進に向けての方略

ここに含まれるのはPHCの推進へ向けの方略に関する論文で、論説と研究論文がそれぞれ1編であった。

Sukati(1995)はPHCの発展のために、産業界で用いられている継続的質向上(Continuous Quality Improvement—以下CQI)の概念と手法を使うことを提案している。CQIの概念では顧客が中心であり、顧客が満足する製品やサービスの提供のために、問題の原因を統計学的方法で見つけだし、システムモデルを使用して解決を図っていく。PHCはすべての人が平等に入手できるという点で、製品やサービスを買う人だけを対象とするCQIと異なるが、このCQIの手法をPHCに使うことが有用であろうと述べている。

Hicksら(1996)は英国でプライマリヘルスケアチームが研究を行うために、どんなことを望んでいるかを測る質問紙の開発を目指して、PHCチームの構成員に面接調査を行った。その結果は、PHCチームの構成員では研究を重要と考えていないものが2/3であり、また研究は別個のものであって自分たちの役割に含めていないものがほとんどで、研究方法も理解されていないというものであった。著者らは、プライマリヘルスケアチームが研究を自ら行っていくことの重要性を述べ、研究の基づいたヘルスサービスへの転換を論じている。

この2編はPHCを推進していくために、産業界で用いられている製品の質向上の手法を取り入れること、PHCの現場で働く人々の質の向上に研究を取り入れていくことを論じていた。前者はPHCの概念を明確にしておき、後者はその点ではPCとの混同もうかがわれていた。全く異なる視点の論文であるが、システムの問題と人の問題という、看護の質を検討するときには必ず出される問題点と共通した話題がだされていたことは興味深い。

#### 5. おわりに

今回の文献検索の結果、PHCの活動の領域や場は広範にわたっていたにもかかわらず、WHOで定義されているPHCの概念の中で特に共通して重要な点は、a.医療者主体の考え方ではなく住民主体であり、b.health workerとなる住民への教育とそれを含めたチームアプローチ、c.その土地、その文化の中で許容され、かつ、まかなえる健康のための活動であるこ

と、d.すべての人が容易に手にいれられることであった。従ってPHCはあらゆる健康状態の人、あらゆる文化・地域の人に共通して使える方略として成り立つのである。

世界レベルの健康問題とPHCを考察するには、疾病構造の変化を人口構造や社会経済システムの変化と関連させてとらえた健康転換(Health Transition)の概念が有用と考えられる。疾病構造を医療の面からだけでなく、人口構造や社会経済と関連させてみるところがすでに、医療者あるいは援助者主体から住民主体へ概念が変化するからである。

今回読んだ文献は、健康転換第1相の課題：感染症や母子保健を取り上げたものの数が多く、医学的には公衆衛生的アプローチが重要な働きを持つ。健康転換第2相は感染症から慢性疾患への移行であり、疾病の治療と予防が求められる。これは精神保健が該当したが、これにあてはまる文献数は少なかった。第3相は慢性疾患から老人の退行性疾患への段階であり、治療ではなくケアが大きくクローズアップされる。これには、米国の高齢者を対象にしたナーシングセンターを扱った文献が1件みられたのみであった。いずれの健康転換相においてもPHCは共通して使える方法論であるが、世界的に見れば、健康転換第1相の課題への取り組みが多いのが現状である。

PHCを用いて「すべての人に健康を」に向けて努力するには、看護教育でのPHCの導入が必要であり、その中でも特にシステム作りとチームアプローチの導入が課題となっている。この点は我が国の看護教育においても早急に検討すべき課題であろう。

すでに健康転換第3相にある我が国には、第1相、第2相におけるPHCの実績があり、さらに高齢者のケアが課題となっている。今後本研究では、我が国における健康転換第1相、第2相に相当するPHCをあらためて抽出し、そこにおける看護職の役割を示すことによって、PHCの看護モデルの開発につなげていきたい。また先進国の高齢者ケアにおけるプライマリヘルスケアの具体的活動も同様に抽出、検討し、世界的に共通かつ有用なモデルを示したいと考えている。

#### [References]

Anderson, S.V.: Responses of nursing education to primary health care: the training and practice of post basic community health nurses in Botswana. *International Nursing Review*, 34 (1), 17-25, 1987

Armstrong, E.: Depression and its treatment in the primary health care setting. *Health Visitor*, 69 (7), 286-288, 1996

Atkin, K. & Lunt, N.: Negotiating the role of the practice nurse in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 498-505, 1996

Barnes, D., Eribes, C., Juarbe, T., Nelson, M., Proctor, S., Sawyer, L., Shaul, M. and Meleis, A.I.: Primary health care and primary care: A confusion and philosophies. *Nursing Outlook* 43, 7-16, 1995