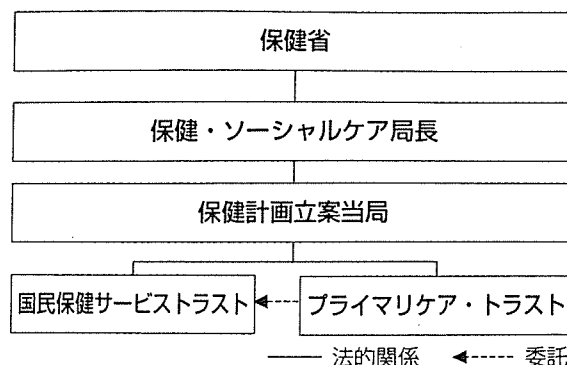


## 地域保健医療システムの基盤

NHS 制度においては、国の保健施策の計画を受けて NHS(国民保健サービス)を運用する母体は、「NHS トラスト」と「プライマリケア・トラスト(PCT)」といわれる機関です(図 1)。NHS トラストは概して病院を管轄し、PCT はそれとは独立して、半官半民的な位置づけで地域の診療所や保健医療サービスを管轄しています<sup>9)</sup>。PCT はその名のとおりに、セカンダリケアやターシャリーケアを担う病院に行く前のプライマリケアに関わるサービスを担っています。

英国では、施策の決定、優先度やターゲットの決定は、国のレベル、つまり保健計画立案当局で行われます。NHS トラストや PCT は、それに沿

図 1 英国の国民保健サービス(NHS)



って、管轄する地域の保健医療サービスの方向性を決める権限をもっています。

地域では、それぞれのトラストが地区診断を行い、その実情に即したプログラムを作成する仕組みになっています。筆者が訪問したロンドンのハッキネイ地区では、それぞれ冊子になっており、表 1, 2 にその目次だけを示しました。そこには地区の保健統計や優先事項が記載されており、日本

表 1 ハッキネイ地区—地区診断—目次抜粋

1. 序文
2. City & Hackney 地区の人口および特性
  - A. 地図上の位置 B. 人口動態 C. 年齢分布
  - D. 開業医(GPs)の特徴 E. 地域保健活動の特徴
3. 社会、経済および環境上の特性
  - A. 損失：収入と失業／給付の苦情情報(世帯への貸し付け、収入支援、求職者手当て／障害者、欠格者への給付)／環境条件(住宅条件／大気の状態)／家族構成(一人暮らし、離婚、3人以上の子どもなど)／ホームレス
  - B. 他の特性：人種／転出入／難民および保護・養護を要する者／City & Hackney で話される言語／10代の妊娠／教養の程度(英語、数学のレベルなど)／犯罪
4. 個々の健康行動
  - A. 健康を害する行動：喫煙／アルコール乱用／違法薬物乱用
  - B. 健康予防プログラムへの参加：予防接種／子宮頸部癌・乳癌健診
5. 死と病的な状態
  - A. 健康の不平等に対する達成目標—乳幼児死亡率
  - B. 健康の不平等に対する達成目標—平均寿命
  - C. 死亡概況
  - D. 主要な疾病—健康改善の国家目標：心臓血管疾患／癌／精神疾患／事故
  - E. 地域的な健康問題：結核／鎌状赤血球性疾患および地中海貧血(サラセミア)／HIV と性的健康／介護者(看護者)の健康
6. 地区別病院活動分析

参考文献・情報源 地区ごとのデータ一覧

City & Hackney Primary Care Trust, Public Health Profile 2001

表 2 ハッキネイ地区—健康増進プログラム—目次抜粋

- 実施することの要約
- 序文：国や地方の状況／予算概況／本プログラムのビジョン
- A. 地域のニーズ、優先事項および不平等を示す事象のアクセスメント
 

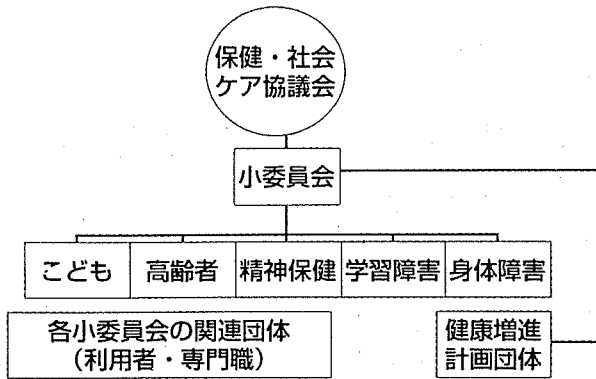
公衆衛生概況／明確化されたニーズに対する City & Hackney での協議／公平と不平等／ニーズ分析の結論：優先事項
  - B. 地域のニーズ把握に向けた優先事項
 

健康の再生と多様な決定要素／人材の補強と維持／プライマリケア／子どもと青年の健康／高齢者の健康／黒人と少数人種コミュニティの健康／介護者(看護者)の健康／難民および保護・養護を要する者の健康／学習障害者の健康／身体および知覚障害と長期療養者の健康／精神保健
  - C. 特定の疾病あるいは健康リスクに関連する優先事項
 

心臓病と脳卒中／糖尿病／癌／結核(TB)／鎌状赤血球性障害および地中海貧血(サラセミア)／薬物とアルコール乱用／HIV と性的健康
  - D. 結論と今後の方向性
- 用語集 参考文献
- 付録 1. アクションプラン
- 付録 2. Hackney のコミュニティケアプラン進捗報告書

City & Hackney Health Improvement and Modernisation Programme 2002 ~ 2005

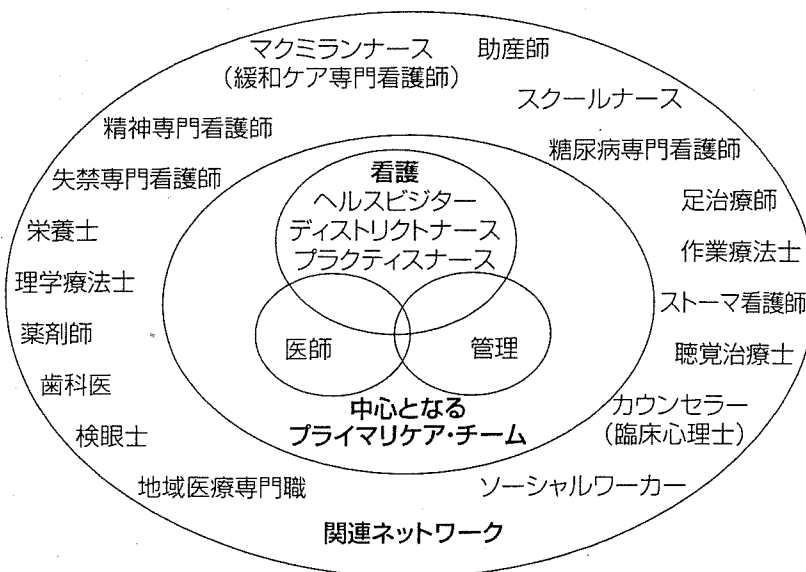
図2 英国のプライマリケアにおける地域の推進母体



の地区診断や活動プログラムに出てくる内容と比べると、かなりシビアな問題について、もしくは特異的なターゲットに焦点をあてて活動の優先度を考えているようです。プログラムは、保健・社会ケア協議会の小委員会(図2)で住民と専門家とが協議し、地域の特性やサービス機関、人材の実際に応じて展開されています<sup>5,6)</sup>。

このように英国の地域ケアは、根拠に基づくヘルスケア(Evidence Based Health Care)という観点から、また、住民参画のPlan-Do-Seeを行うという点からも、適切な手続きを踏むことができるシステム基盤をもっているといえるでしょう。

図3 プライマリヘルスケアにおけるチームのモデル (Thomas 1994 に加筆)



## 地域保健医療の関係職種と関係機関

英国のプライマリケアは、図3のモデルに書かれているように多様な職種で構成されています<sup>7)</sup>。広くはアロマセラピーやリフレクソロジーなどの補完療法士も含まれます。プライマリケアでチームの核となる専門職種は、GP(医師)と地域看護師(プラクティスナース, ディストリクトナース, ヘルスビジター)ですが、ほかにも作業療法士や理学療法士, 栄養士, 臨床心理士などが構成メンバーになることが多く、なかでも地域では作業療法士が多く活動しているようです(表3)。

地域看護職など中心となるプライマリケア・チームメンバーは、おおむねNHSトラストかPCTに雇用されています。ただし、地域看護職のなかでプラクティスナースはGPが、産業保健師は企業が雇用しています。GPはNHSの職員とは限らず、独自に収入を得ている場合が多く、3時以降は副業をしているGPもあり、収入はかなり良いようです。

次に、プライマリケアを担う保健医療サービス機関(表4)についてですが、そのなかで主要なも

表3 プライマリケアチームのスタッフ数 (イングランドとウェールズ)

職名	常勤換算	人数
1 プラクティスナース	10402	18892
2 理学療法士	90	350
3 ディストリクトナース	8570	n/a
4 ヘルスビジター	9668	n/a
5 栄養士	n/a	4310
6 作業療法士	n/a	18665
7 臨床心理士	n/a	2500

注: 2~7は必ずしもプライマリヘルスケアチームにおける職位を表していない。1, 2: イギリスとウェールズの保健省におけるGMS統計(1996)/3, 4: 英国保健省, 保健・社会サービス統計, 表はイギリスのもの(1994)/5, 6: 医療専門職人材供給評議会, 表はイギリスのもの(1997)/7: 英国心理学協会会員登録に基づく概算(1997)

のは、一般診療所(GPと呼ばれる)、保健センター、ウォークインセンターです。それぞれの機関は多様なニーズに対応するために、いろいろな職種を有しており、地域のさまざまな関係機関と連携して仕事をしています。

GPや保健センター、ウォークインセンターには、レセプション・マネジャーという役割の人がおり、創傷などの当該施設のGPが診る疾病(プライマリケアで対応するもの)と、病院に送る疾病(セカンダリケアに送るもの)を国の指針(ガイド

表4 地域の保健関連施設・従事者・活動の概要

一次予防(Primary care)	
一般診療所 General Practice Surgery (GP)	【従事者】GP(医師)、プラクティスナース、ヘルスビジター、ディストリクトナース、など ※医師(General practitioner)もGPと略される
プライマリケアにおける健康増進・予防の主軸を担っている。GP surgeryには管轄エリアがあり、住民は皆自分のGPをもっている(選択権は住民にある)。何か健康に心配なことがあればまずGPに診てもらおうシステムであり、住民は直接病院には行けず、GPや保健センターなどのゲートパーソンを通す必要がある。 GP surgeryにはプラクティスナース(外来看護師)、ヘルスビジター(母子専門地域看護師)、ディストリクトナース(成人高齢者専門地域看護師)がいる。人員配分はさまざまで、プラクティスナースは医師とともに仕事をし、訪問はしない。住民が予約を取ってやってくる。どの看護職も家族を単位として関わり、自分の領域を越える場合は当該職種に連絡する。	
保健センター	【従事者】GP(医師)、プラクティスナース、ヘルスビジター、ディストリクトナース、子ども専門地域看護師、など
日本の保健所・保健センターのようなところである。GP Surgeryの機能に加え、家庭訪問、母子の予防接種や教室、相談、サポートグループも行っている。スクールナースがここに所属し、学校に駐在する場合もある。ほかにも表5の事業に関わる多くの職種がいる。	
ウォークインセンター Walk-in center	【従事者】保健センターと同じ
アポなしでいつでも立ち寄り、いろいろなことに初期対応してもらえる「よろず健康相談所」。見学したセンターは午前7時から夜10時まで開所していた。時間や相談内容に融通が利く保健センターの縮小版という感じのところ。	
地域の施設	
コミュニティセンター (公民館)	【従事者】出張GP(医師)、出張ヘルスビジター、など
定期的にGPやヘルスビジターなどが出張相談を行っている。見学したヘルスビジターのクリニックは、ヘルスビジター1人とナーサリナース1人のスタッフで、公民館の3畳くらいの部屋を使用して、来所者に個別に対応していた。ホームレスの人への健康相談や生活指導なども行っている。	
学校	【従事者】スクールナース
地域によってスクールナースの役割範囲や機能が異なる。	
ホームレス宿泊所、教会、など	
多様な関係機関・職種・住民が関わっている。教会には、高齢者の自助グループや運動クラブなど、いろいろな住民の活動がある。	
二次予防(Secondary care)	
病院	【従事者】GP(医師)、プラクティスナース、子ども専門地域看護師、ナースプラクティショナー、など
病院へは明らかに疾病や障害のある対象が行く。子ども専門地域看護師はおおむね病院に配属されているが、保健センターの場合もあり、訪問活動も行う。	
精神保健病院	【従事者】GP(医師)、プラクティスナース、精神専門地域看護師、など
精神専門地域看護師がおり、各種施設や家庭への訪問も行う。	
社会サービス	
各種	【従事者】学習障害専門地域看護師、など
学習障害専門地域看護師がいる。ほかの看護職とは異なる活動内容であり、GPに同伴受診したりもする。	

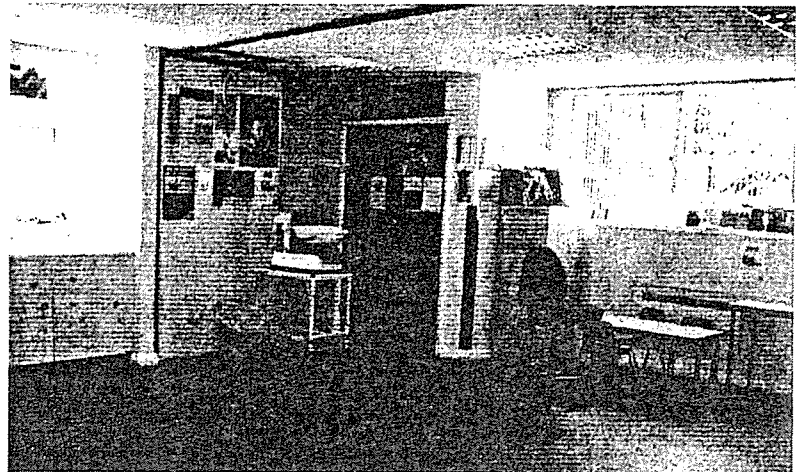
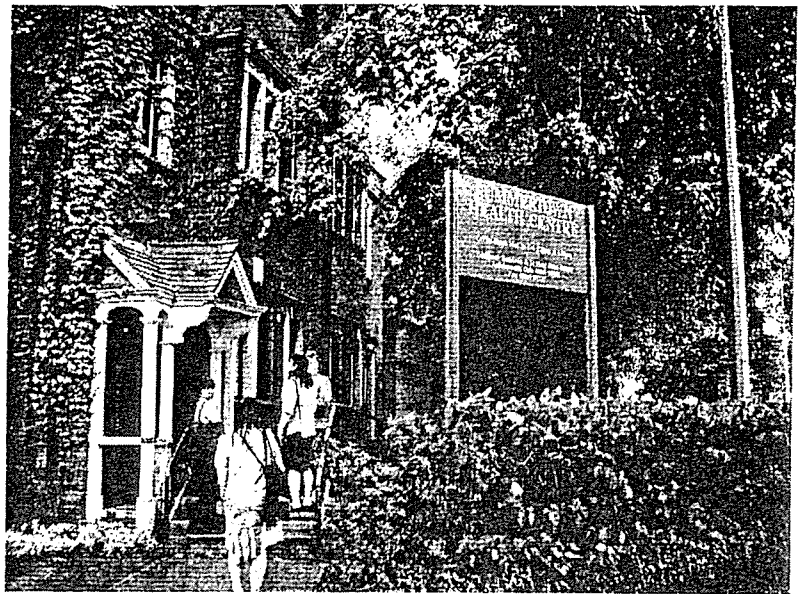
表5 保健センター事業の概要(ヘルスビジターに関連するもののみ抜粋)

一般診療	医師は5～6人がグループになって活動している。コミュニティ・メディカル・オフィサーと呼ばれる医師(発達遅滞のある子どもへのゲイト・パーソン)や小児科医もいる。通常予約診療であるが、往診や電話相談、緊急時対応も行う。
ソーシャルワーカー事業	ソーシャルワーカーの活動は日本と同じで、高齢者や家族内の多問題、貧しい妊婦、虐待事例などを対象にしている。
マタニティ・サービス	妊婦へのサービスで、妊娠中にケアやヘルスチェックを要する事例への家庭訪問や、GPでのフォローアップがある。母が助産師とGPにつながるようにリンケージする。産まない選択に関する指導も行う。
栄養事業	栄養士は小児の発育をみる。
歯科診療	歯科医による診療(虫歯の子どもが増えている)。
眼科診療	眼科医による診療。
言語・発語療法	うまく話せない子どものための療法。自閉症事例や親とのコミュニケーション不足といった事例もある。出生率が高い地域なので必要。
アドボカシーサービス	英語の話せない人の通訳など。各国語に対応できるスタッフがおり、各国語の資料も作成している。ニューハム地域は、バングラディッシュ、インド、パキスタン、スリランカ、中国、モナコ、アルベニア、モナコ、日本など移民が多いため必要。
作業療法	作業療法士による作業療法。
子ども発達センター	障害児を対象にしたセンター。発達障害などの事例にGPを紹介して、まずGPに診てもらおうようにする。サービス内容はGPが決める。イニシャル・アセスメントからチーム・ミーティングで行い、情報の集約をしながら検討する。事例によるがおおむね1～3か月、または6か月でレビューをする。
ツンマッシュセンター	言語の遅れや発達遅滞などをもつ幼児の特別教育ニーズに対応する。Pre-school teamを作りプレイセラピストらが遊びをとおして行う。
聴覚事業	聴覚障害のある児に対応し、その後のフォローにつなげる。重症の子どもは病院フォローにつなげる。
家庭児童相談サービス	行動上の問題や情緒的な問題(家庭内暴力など)に対応するサービス。医師の診断が必要である。
カウンセリングサービス	認知行動療法士らがうつの方へのカウンセリングや、DVやシングル・マザーなどへのマザー・カウンセリングを行う。とくに家族の関係性やヒストリーのアセスメントを重視している。うつの方は孤立を防止するため、1セッション12～16人のメンバーでグループセラピーを行っている。うつの原因は、ケミカルな環境やライフスタイル、薬物、子育てによる産後のうつ、それらの混合が多くみられる。産後うつの多くは回復が早い、なかには医療を要する人もいる。ケースカンファレンスをもつことが多く、これにはGPが入る。6歳以上であればスクールナース、言葉の問題があれば言語の専門家が入るなど、いろいろな場合がある。このセンターではカウンセラーのバックグラウンドはナースである。カウンセリングもするが、育児や生活の適切性や医療の必要性、よろず健康相談所(Walk-in center)活用などの判断のためモニタリングもする。来所者は女性が多く、男性は早期発見が難しい。
転入者サービス	他国から来た人が、予防接種などの健康情報を得られるように、また自分のGPを見つけ、必要なサービスに連結できるようにするサービス。一番大切なことは、ヘルシー・アクセスであり、結核は罹患率が高いのでとくに重要である。
糖尿病専門看護事業	小児糖尿病対象。家庭訪問を行い健康管理を支援する。学校とも連携している。
てんかん専門看護事業	てんかん児対象。家庭訪問を行い健康管理を支援する。学校保健と連携している。
学校保健活動	スクールナースが学校に駐在し、日本の養護教諭と同様の活動や地域との連携を行う。
外来看護師の活動	プラクティスナースがGPと連携し外来看護を行う。診療補助のみでなく、予約相談(家族計画など)にも応じる。
その他の業務	給付・公費負担などの相談、住居相談、環境衛生相談、レジャーサービス

※ロンドン・ニューハム地域の Shrewsbury 保健センターの場合

ライン)に沿って振り分けます。つまり、レセプション・マネジャーが、患者を病院に紹介をする際のゲートパーソンと位置づけられているのです。

GPの規模は大小さまざまです。診療機能と相談が主要な機能で、外来や家庭訪問、クリニック、電話対応などの活動を行っています<sup>8)</sup>。保健センターはGPの機能に加え、予防接種や乳幼児健診など予防に力点を置いた事業が行われており、日本の保健センターに診療所を加えたような感じです。ウォークインセンターは、保健センターと同様の機能を有し、365日早朝から夜遅くまで多様な対象に対応できる体制になっており、住民にとってより柔軟で利用しやすいものです。業務内容は、総人口の7%を占め現在も増加している移民への対応や、糖尿病やうつといった地域の重点疾患に対応するものが多くみられます。



保健センターの外観とクリニックに使う部屋

## 地域看護活動の実際

### 保健センター・ヘルスビジターの場合

今回の研修内容をコーディネートしていただいたロンドンシティ大学は、イーストロンドンにあり、管轄内に3つの貧困地域をもち、3つのNHSトラストがあります。そのなかの1つ、見学させていただいたニューハムの保健センター事業を表5に示しました。

ニューハムは、移民が最初に入ってくる港が近いという場所柄から、移民への取り組みがこの地域で始まったところですが、保健センターに配属されている主な地域看護師は、外来看護専門で初診時アセスメントに関わるプラクティスナース、高齢者と成人を対象として在宅への継続的な訪問看

護を行うディストリクトナース、そしてヘルスビジターです。

ヘルスビジターは5歳以下の母子を対象とする専門地域看護師です。地域看護職のなかではスクールナースと同様に公衆衛生を主眼とする看護を担い、日本の保健師(母子担当)に最も近い職種です。ヘルスビジターは、通常5~6人のGPと連携して活動しており、保健センター内の業務や所外クリニックは、ナーサリーナース(母子に関する看護助手)やヘルスケアサポートワーカー(非常勤)とともに活動します。イングランドではGP1人あたりの登録住民数が平均1850人ということから<sup>9)</sup>、ヘルスビジター1人の活動範囲は人口約1万人のなかの母子ということになります。



ヘルスビジターのシャーリンさんが机に向かっていているところ

ヘルスビジターは、保健センターに所属して所内の事業も行っていましたが、家庭訪問やウォークインセンターでの乳幼児相談、コミュニティセンターでのクリニックなどに出向く所外活動も行っていきます。また、このような直接的な助言指導に加え、多機関が関わる個別事例への支援がうまく機能するように、たとえば母親から得た情報をGPやカウンセラーと共有して相互のアセスメントの交換や意見をもらうといった、リエゾニックな動きも行っています。

出産に際しては、日本と同じように母子保健局発行の母子健康手帳(その色から通称「Red Book」という)と、乳幼児期の育児や予防接種のガイドブック「Birth to Five」が全母親に渡されます。ヘルスビジターは、産後10～14日の間に全事例の家庭訪問(新生児訪問)を行い、初期のアセスメントを行っています。予防接種はデータベース化しており、転出があったときは転出先にデータを送って情報管理を行っているとのことで、出生や転入のデータは、公的機関からヘルスセンターへ情報が入るシステムができています。

乳幼児健診は、6週、8か月、18か月、3歳があり、6週と8か月はGPが、18か月と3歳はヘルスビジターが行います。一次健診の案内は個別郵送

で勧奨しており、日本と同様にアポイントなしのオープンクリニックになっています。おおむねヘルスビジター1人につき所内所外あわせて週5つくらいのクリニックをもっています。

ヘルスビジターとほかの職種のコラボレーション方法は次のようです。GPとは週1回ミーティングをもっており、そこで各職種と合同でディスカッションし、事例を確認します。このほかオンラインでも事例の情報を共有しており、E-mailでの情報交換を頻回に行ったり、クリニックのあとも事例のことでディスカ

ッションしています。その他の地域看護職、ディストリクトナースやスクールナースとは普段はあまりコンタクトがないそうですが、事例の両親や兄弟、祖父母、親類らのことで気になる場合に、関係する地域看護師に連絡し、対応を協議しています。ソーシャルサービスとは児童虐待やネグレクトの事例で協働し、病院のナースとは問題のある母子の退院時にディスチャージミーティングに参加するなどして連携しています。



英国では、日本の保健師のように「地域全体の健康に責任をもち、事業やサービス開発の企画や総合調整、施策化を行う、およびシステムを構築する」といった機能は第一線の実践者には見られず、それらはPCTが担うという線引きが明瞭でした。この点は、日本の保健師活動に比べると、英国では役割と機能の分化が徹底されていることを示しています。その代わりに、実践者は、特定の専門領域の対象、つまりヘルスビジターであれば人口約1万人中の母子全員に個別に関わり、保健指導はもちろん、サービスへの連結や関係機関との連絡調整などの実施は実にきめ細かい印象を受けました。

つまり、機能分化によって第一線の実践者は自分の責任範囲の対象に徹底した実践を行う者として機能し、住民への対人保健サービスの提供と、健康増進の機会提供の公平性を守ることができているのだと思います。ですが、一方で、機能分化が進んでいるがゆえに、実践者が住民とともに地域全体の問題をとらえ、第一線からのボトムアップによる施策化を目指せるかということ、そのような発想も実際の動きも生じにくい土壌になっているという事情も感じられました。

健康問題への取り組みの優先度を、弱者(多様な移民や貧困層)の保護、彼らへの個別支援に置かざるを得ない英国の状況と、住民の大部分が中層階級であるからこそ住民主体の活動を推進し地域に根づいた健康づくりを推進することに重点を置ける日本の状況は異なっています。とはいえ、公衆衛生の視点を持って住民全体の健康を徹底的に守るための仕組みや考え方、地域看護職の役割・機能については学ぶべきところが多いと思いました。

本稿は、平成16年度厚生労働科学研究健康科学総合研究事業「変革期に対応する保健師の新たな専門技能獲得に関する研究(主任研究者：岡本玲子)」の一部として実施した。

#### ■文献

- 1) 近藤克則：英国の医療制度・医療費。現代医療, 35(4)：783-787, 2003.
- 2) 斉藤康洋：英国のプライマリケア(上)―新しいNHSの目指すもの。日本医事新報, (4187)：103-107, 2004.
- 3) 矢部久美子：E-mail from UKヘルスケアシステムの再構築に向けて。看護, 52(13)：102-103, 2000.
- 4) Peter Merry (Ed): Wellard's NHS Handbook 2004/05, 18th ed. pp1-21, JMH publishing Ltd, 2004.
- 5) Clive Ball, Geoff Mole, Lucy Platt, et al (Ed): City & Hackney Primary Care Trust, Public Health Profile 2001. City & Hackney NHS Primary Care Trust, 2001.
- 6) Fran Pearson, Jane Winder (Ed): City & Hackney Health Improvement and Modernisation Programme 2002 - 2005. City & Hackney NHS Primary Care Trust, 2002.
- 7) Carmel Blackie : Community Health Care Nursing. pp55-79, Churchill Livingstone, 1999.
- 8) Stephen Peckham, Mark Exworthy : Primary Care in UK, Policy, Organization and Management. pp3-24, Palgrave MacMillan, 2003.
- 9) イギリス医療保険制度に関する研究会(編)：イギリス医療関連データ集, 2001年度版。医療経済機構, 2002.

岡本玲子(おかもと れいこ)

神戸大学医学部保健学科

〒654-0142 兵庫県神戸市須磨区友が丘7-10-2

Part 2

# 英国の地域看護職の専門性を高める仕組み

神戸大学医学部保健学科 岡本玲子・中山貴美子・塩見美抄 国立保健医療科学院公衆衛生看護部 鳩野洋子  
東京医科歯科大学大学院医学系研究科 千葉由美 自治医科大学公衆衛生学部門 尾島俊之  
神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 別所遊子 神戸大学大学院博士後期課程 田中祐子

わが国の保健師はいま、地域保健の激動期に身をおき、専門職としてのアイデンティティと社会における位置づけを模索しています。今回は、前回に引き続き、公衆衛生とコミュニティケアに長い歴史をもつ英国の現状を紹介し、今後の保健師の役割と機能を考えるための資料を提供したいと思います。

まず、英国では給与制度とリンクした専門職位の段階づけ (career and pay progression) が制度として根づいていることを述べておきましょう。

看護師の職位段階は、「看護助手」「スタッフレベル」「役職がつくレベル」が各々数段階あり、地域看護師は役職がつくランクに属しています。しかしこの段階づけの基準は、ここ 20 年の間、看護師自身の専門家としての学習不足を招いていたという反省から見直しが行われ、2005 年から新しいシステムが導入されています (Agenda for Change NHS Pay Modernisation)。新システムでは、各自が継続学習を行い、その自己評価と上司評価による専門技能認定 (professional qualification) を受け、個々の能力に応じて職位と給料 (pay scale) が上がる、より明瞭なグレーディングシステムになっているようです。

英国における専門性の経年的な維持向上策は、日本のそれに比べ、根本的により厳格でクリアなものなのです。

## 多様な地域看護の専門分化

英国では、看護師免許をとる基礎教育は 3 年であり、日本と同じく専門学校と学士のコースがあります。この時点で「一般看護師」「小児看護師」「精神看護師」「障害者看護師」に分かれて教育を受けます。

免許は 3 年ごとの更新制で、専門看護師の資格は卒業教育のなかでそのコースをとって得ることができます。そのコースは修士と連動しているものとそうでないものがあるようです。地域看護師 (Community Health Care Nurse: CHCNs) は 8 つの専門看護師が設置されています (「プラクティスナース」「ディストリクトナース」「ヘルスビジター」「スクールナース」「子ども専門地域看護師」「精神専門地域看護師」「学習障害専門地域看護師」「産業保健専門看護師」, 表 1)。

地域看護師は皆、一般診療所 (GP surgery: GPs) と結びついて仕事をしています。産業保健専門看



表1 地域看護における8つの専門看護師

地域看護師	活動の概要
プラクティスナース (診療所外来看護師)	多くは一般診療所(GPs：予約制であるが緊急対応もある)や病院に雇われており、そこでGPとともに働く外来専門の看護師である。活動内容は、訪問は行わず、臨床を専門に来所者のフィジカルアセスメントや保健指導、服薬説明などを行っている。
ディストリクトナース	成人と高齢者の保健と訪問看護の専門家であり、対象は成人と高齢者、およびその家族である。活動内容は、家庭訪問による継続的な訪問看護が主である。GPやプラクティスナースと協力して、保健センター、公民館で開催する健康相談・健康教育などを手掛ける者もいる。また、病院や福祉施設などの関係機関への訪問・連絡調整を行う。糖尿病などの慢性疾患をもつ高齢者の創傷ケアや与薬、疾病管理は主軸となる活動である。
ヘルスビジター	母子保健の専門家であり、就学前の子ども(5歳以下)とその母、および家族が活動の対象である。活動内容は、ヘルスプロモーションと健康増進がメインであり、新生児やハイリスク児への家庭訪問による保健指導や、保健センターや公民館で開催する乳幼児クリニックでの保健指導・健康相談・健康教育、および病院や学校などの関係機関への訪問・連絡調整などである。地域看護師のなかで、一般にいう公衆衛生看護の機能を最も有している職種である。
スクールナース	学校保健の専門家であり、就学後の子ども(おおむね6～18歳)が活動の対象である。保健センターに所属して学校を巡回する場合や学校に駐在する場合がある。教師や地域関係機関と連携して活動する。
子ども専門地域看護師	小児保健の専門家であり、病院や保健センターに所属する。障害や疾病のある児が対象である。
精神専門地域看護師	地域精神保健の専門家であり、多くは精神科病院に所属している。家庭訪問や他機関連絡が主な活動である。
学習障害専門地域看護師	学習障害児専門の保健師であり、社会サービス部門の施設に所属している、他の地域看護職とはまったく異なる動き方をする。
産業保健専門看護師	企業に雇用されており、職場の職員の健康管理を行う。

護師とプラクティスナースを除いて、プライマリケア領域で働いている地域看護師の多くはプライマリケアトラスト(Primary Care Trust：PCT)に雇用されており、国民保健サービス(National Health Service：NHS)の職員でもあります。産業看護師は企業に、プラクティスナースはGPsや病院に雇用されています。ほかにも地域で活動する看護職には、地域助産師や喘息・感染症・緩和ケアなどの専門看護師(CNS)がいます。

実際には、専門領域が細かく専門分化されているがゆえの問題点もあり、見直しのなかでは「在宅ケアや地域看護のスペシャリストとしての機能を保持しながら、地域のジェネラリスト(多方面の能力・知識をもち、広い視野から判断できる人)としての能力も増やす」<sup>1)</sup>方向性が検討されているとのこと。なんと日本とは逆の流れであることが興味深いところです。

## 専門性向上のシステム

### Professional development

#### ■資格の更新が現任教育と連動している

先にも触れましたが、地域看護師の基本的な免許は、3年間の教育を受けて取得する登録看護師(Registered Nurse)であり、卒後何年か働いたあと、地域看護の専門看護師として追加の資格認定コース(Second Qualification Course)を受けて、その名称で働く資格を得ます。

この資格認定は、その資格を更新したり、新たな専門看護師資格を追加するための教育・実践方法を定めた「資格取得後の教育と実践プロジェクト(Post Registration Education and Practice Project：PREPP)」に基づいています。このPREPPは、1994年2月23日、英国中央保助看護評議会(the United Kingdom Central Council For Nursing,

表2 資格取得後の実践と教育のスタンダード

■目的

- 有効な資格を継続すること
- 資格取得後教育を受けること

■看護師、助産師、ヘルスビジターとして合法的に資格を継続する条件

- 3年ごとに最低5日間の研修を修了すること
- 実践報告書の届けを終えること
- 5年以上実践から離れていた場合は、実践復帰のためのプログラムを受講し修了すること
- 各自が個々の専門課程取得一覧表(professional portfolio)を編集し、保管しておくこと

■クライアントとサービスのニーズをマッチさせるフレームワーク(より費用対効果を上げるために、柔軟できめ細かい教育を伴う)

- 資格取得後規定の既存の活動範囲を改善すること
- 教育課程(研修)の重複や繰り返しを減らすこと
- コアとなる知識や技術の共同学習を奨励すること
- サービスの要求に対する柔軟性と対応力を提供すること
- 全国的に共通の専門的学術的スタンダードを保証し、単位の互換性を目指すこと
- 全員に情報(知識)が通用するように、教育課程(研修)の内容見本(趣意書)やカリキュラムで使用する言葉と専門用語を明確にすること
- 明確に実践基盤(practice-based)とつながっており、臨地の技能の信頼性をもつ研修を企画・実施する指導者(教員)を保証すること

文献2) p91より抜粋

Midwifery and Health Visiting : UKCC)で承認され、1995年3月15日に保健省認可を獲得、1995年4月1日に法制化されました。それ以後、すべての登録看護師、准看護師(enrolled nurse)およびヘルスビジターに適用されています。施行は、定期的な登録更新データと連動して、段階的に行われています<sup>2)</sup>。

着目すべきは、UKCCのPREPPが、すべての看護師、助産師、ヘルスビジターの登録後の実践のために、新しい実践と教育のスタンダードを設定していることです(表2)。

■現任教育が専門看護師取得と連動している

地域看護を実践する専門看護師のトレーニングプログラムは、1995年9月に始まりました。この新しいプログラムは、専門看護師ごとに独立した



ロンドンシティ大学のロザムンド・ブレイヤー先生を囲んで



ヘルスビジターのジェーンさんと

課程が組み立てられていた従来の教育課程とは異なり、共通のコアプログラムについては何回も重複して受講せず済むように、追加の単位をとって1つ以上の資格を得ることができる新しい構成になったということです。つまり、あるプラクティスナース(general practice nursing)が、ヘルスビジター(public health nursing specialist)として実践したい、もしくは、その役割の一部を自分の現在の実践と結びつけたいと望めば、ヘルスビジターの専門課程の単位をとればよいということです。このようなシステムがあれば、それぞれの実践者は、地域のニーズに応じて必要な技能を獲得し、柔軟に活動することができます。

プログラムは大きく以下の4つの領域が設定されています<sup>2)</sup>。

- 臨地の看護実践(clinical nursing practice)

表3 継続的な専門性発展のための教育—「公衆衛生とプライマリケア」の科目

<p>学士課程レベル2</p> <p>■科目名：「予防接種対策と実践」</p> <p>■対象：すべてのヘルスケア専門職</p> <p>■内容：最近のMMR接種に関する問題などは対象への説明が難しい。この科目では予防接種の体制・管理の問題確認や、感染症の伝染に関する理論、ワクチンの評価や対策の発展、ヘルスプロモーション、リスクアセスメント、地域の防疫対策などについて学習する。履修単位は12週、うち8日の調査研究日と2日の臨地実習が含まれている。</p>
<p>学士課程レベル3</p> <p>■科目名：「プライマリケアにおける卓越した実践とリーダーシップ」「プライマリケア実践者のためのヘルスアセスメント」「予防接種対策と実践」[*社会と公衆衛生の改善] (科目*について)</p> <p>■対象：すべてのヘルスケアおよびソーシャルケア専門職</p> <p>■内容：この科目は、公衆衛生の機能を個のレベルおよび地域・政策レベルで理解を深めることを目的としている。また、個人や住民に影響を及ぼす社会、環境および文化といった要因相互の関係も考える。学生は公衆衛生統計の使い方や解釈の仕方を学ぶとともに、地域や国、世界の健康政策が、どのような効果を見込んだ健康増進戦略を展開しているかについて調べ考察する。また期間中学生は、東ロンドンに住む住民のヘルスニーズの明確化を行い、さらに国や世界の健康問題にまで視野を広げて健康対策やヘルスプロモーションについて討議する。</p>
<p>修士課程</p> <p>■科目名：「プライマリケアにおける卓越した実践とリーダーシップ」[*プライマリケアにおける健康管理]「ヘルスプロモーション」「社会と公衆衛生の改善」 (科目*について)</p> <p>■対象：すべてのヘルスケアおよびソーシャルケア専門職、修士レベルの学習能力があることを示す証明書が必要</p> <p>■内容：この科目は、地域での看護実践とプライマリケアが、地域や国および世界の政策にもたらす影響に焦点をあてている。看護師主導のサービスや看護相談の役割、新しい公衆衛生看護の役割など、看護ケアにおける新しい動きについて分析し評価する。内容には、プライマリケアトラストの組織と機能、ヘルスとソーシャルケア部門の協同、不公平是正の戦略、プライマリケアトラストにおける業務を効果的に行う技能、プライマリケアにおける臨床の管理と効果が含まれている。</p>

文献3)より抜粋

- ケアとプログラムの管理  
(care and programme management)
- 臨地看護の開発 (clinical practice development)
- 臨地実践のリーダーシップ  
(clinical practice leadership)

## 現任教育の実際

### 大学と実践現場の協同

#### ■大学がもつ現任教育プログラム

地域の専門看護師教育は大学院で行われており、8種類の専門課程があります。大学によって全課程があるところとない場合があります。授業の半分が理論で半分が実習という構成であり、共通科目と専門科目のプログラムがあります。

大学には管轄があり、私たちが伺ったロンドン

シティ大学は、イーストロンドンの5つの病院を受け持っています。大学は、管轄のすべての教育を担当していますが、糖尿病など専門性の高い教育は、管轄を超えてその分野に強い大学が担当するそうです。

ロンドンシティ大学の現任教育プログラムは、一定期間をかけて段階的に単位を履修する「モジュール」が設けられており、13週のコースやミニコースがあります。実践者は3年ごとに1モジュールを受け、単位をとるという仕組みです。もし受講をしなくても解雇されることはないものの、各自が自分にあった方法でスキルを高めること、生涯学習を行うことが専門職としての当然の責務という考え方が前提となっています。

どのようなモジュールがあるかについては表3に抜粋しました<sup>3)</sup>。また、日本の保健師に最も近

表4 ヘルスビジター教育の枠組み

ヘルスエンディングの原則	領域
ヘルスニーズの探索	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健康および社会的安寧の増進を目的とした集団や集団に属する個人の関係を発展・継続する。</li> <li>2. 集団や集団に属する個人の健康，社会的安寧および関連ニーズを監視・明確化する。</li> <li>3. リスクのある，あるいはさらなる支援を要する集団や個人を特定する。</li> <li>4. 地域ごとのサービス対策と支援ネットワークを確認・評価する。</li> <li>5. 健康や社会的安寧の増進に関連するデータを収集・整理・分析する。</li> <li>6. 集団に関する既存データの分析にもとづいて地域住民の健康，社会的安寧およびそれに関連するニーズを明らかにする。</li> <li>7. 業務と重点活動の優先度を決める。</li> </ol>
ヘルスニーズの認識(自覚)に向けた働きかけ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健康と社会的安寧，および関連する要因，サービス，社会資源に関する認識を高める。</li> <li>2. 個人や集団，コミュニティが健康と社会的安寧を増進していけるような活動に向けた認識を高める。</li> <li>3. 住民が健康と社会的安寧を増進するサービスや補助金，地域の社会資源を確認できるようにし，奨励するために，集団とともに活動する。</li> </ol>
健康に影響する政策への関与	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 政策の変革およびその過程を踏むためのニーズを明確にする。</li> <li>2. 健康と社会的安寧に貢献しない政策を変更するために関係者とともに取り組む。</li> <li>3. 健康と社会的安寧に関連するニーズの明確化に基づいてサービスと地域の社会資源を開発するために関係者とともに取り組む。</li> <li>4. 研究と根拠，評価に基づいて自分の活動を発展させ実施，評価，改善する。</li> <li>5. 研究と根拠，評価に基づいて，活動を発展させ実施，評価，改善することに貢献する。</li> </ol>
健康増進に向けた活動の推進	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健康と社会的安寧の増進に向けて個々の実践者を先導する。</li> <li>2. 健康と社会的安寧を増進するために他の実践者や関係機関と効果的に活動する。</li> <li>3. 個人や集団が，健康と社会的安寧に関する知識，技術，自信および社会資源を進展できるようにする。</li> <li>4. 集団の健康と社会的安寧を増進するためのプログラムを計画，配信，評価する。</li> <li>5. 健康と社会的安寧が冒されている個人や集団の保護に貢献する。</li> <li>6. 個人と集団の健康と社会的安寧を増進するために，関係者とのパートナーシップを深める。</li> </ol>

※もとの冊子には「領域」の下に必要な「能力」が細かく項目立てられている

文献4)より抜粋

い動きをしているヘルスビジターについて，その教育の枠組みを表4に示しました<sup>4)</sup>。

大学と実践現場は教育内容について協同しています。大学は，教育課程，教育プログラム，教育内容など，地区のヘルスケア問題に応じたものを作成しており，関係機関に次からの数年をどうするべきかについて聞き，現場のディマンスに応じて内容を設定できるよう毎年改善を試みています。

#### ■大学のプログラムを現場が購入する

受講のシステムは，実践現場が，専門職員個々の自己課題に応じて，大学がもつ専門性向上の教育課程プログラムを買い，彼らの力量を維持・向

上するようになっていきます。

つまり，現場で実践する地域看護師は，専門職としての能力向上のために必ず年に1回管理者と面談をし，求められるレベルに達成していない部分を確認します。そしてその振り返りに沿って自己の学習計画を立て，それに関するトレーニングコースを受講するという仕組みです。費用は所属機関やその上部組織であるPCTが払う場合，および個人が払う場合があります。

各PCTには教育担当マネジャーがおり，そこを通じて大学のプログラムを買います。大学のプログラムは冊子として配布されているので，それを見て申し込むようになっています<sup>3)</sup>。

実践現場における普段の実践評価は，マネジャ

ーによるスーパービジョンや、スタッフ同士のコクリニカルスーパービジョンによって行われています。そこでは、個別面談やグループ・ディスカッションといった機会や、ケーススタディやミーティングをとおしたフォーマル・ピア・ラーニングの機会がもたれています。

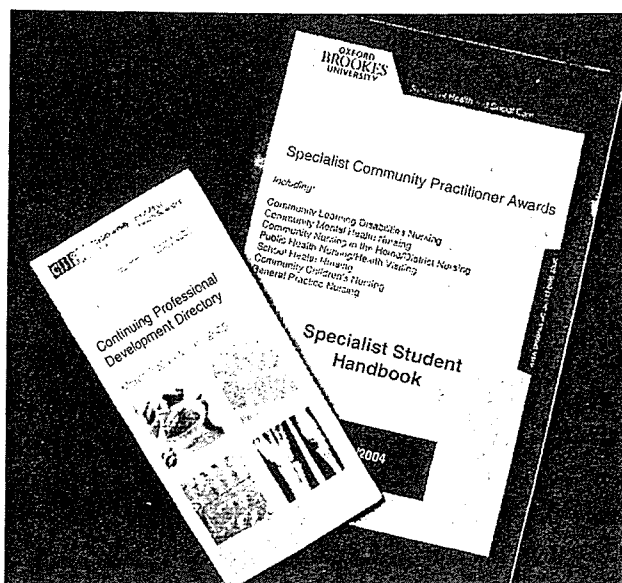
## 現任教育のシステム化を日本の現場も求めている

日本で現場に行って個々の保健師と話をすると、「正しく評価され、成長したい」と望む声が少なからず聞かれます。最近も「学校では試験や面接があって自分を客観的に振り返る機会があったのに、いまは全然自分の実力がわからないし、何をどう勉強していいかもわからない。誰か私を評価してほしい」と言った保健師がいました。わが国の保健師も個々には専門性の向上を求めているのだと思います。

今回、英国の仕組みと実際を学び、日本のそれと比べてみたとき、英国の現任教育と、各都道府県・市町村がそれぞれの判断で行っている日本のそれとの大きな違いは、次の4点であると思いました。

- 専門職能としての資格保持には、看護師が一定水準以上の技量をもつことを前提とし、システム化している。
- 定期的な研修によって看護師の技量を一定水準以上に高め、その質を評価している。
- 技量の取得のために、全国的に統一した実践レベルの基準と教育課程を整えている。
- 継続的な質改善のシステムを機能させるために実践現場と大学の協力が基盤となっている。

英国と日本の間には、専門職としての質担保に関わる歴史的な背景に違いがあることは確かです。しかし、わが国も英国に学ぶことによって、専門職としての気風と専門性向上のシステムおよび獲得すべき技能基準を確立していくという点で、何とか一歩でも前進していきたいものです。



ロンドンシティ大学が発行している「継続的な専門性発展のための教育課程」を案内した冊子と、オックスフォードブルックス大学の地域専門看護師テキスト

本稿のデータ収集は、平成16年度厚生労働科学研究健康科学総合研究事業「変革期に対応する保健師の新たな専門技能獲得に関する研究(主任研究者:岡本玲子)」の一部として実施した。

### 参考文献

- 1) マーク・ジョーンズ(竹花富子・訳):イギリスの医療・看護政策と在宅看護. インターナショナルナースングレビュー. 27(1):59-63, 2004.
- 2) Carmel Blackie(Ed): Community Health Care Nursing. pp90-98, Churchill Livingstone, 1998.
- 3) City University London, Institute of Health Sciences: Continuing Professional Development Directory 2004/2005. City University London, 2003.
- 4) Nursing & Midwifery Council: Requirements for pre-registration health visitor programmes. Nursing & Midwifery Council. 2002.

岡本玲子(おかもと れいこ)

神戸大学医学部保健学科

〒654-0142 兵庫県神戸市須磨区友が丘7-10-2

Part 3

## 米国・英国に学ぶ 保健師に求められる能力明確化の試み

国立保健医療科学院公衆衛生看護部 鳩野洋子 神戸大学医学部保健学科 岡本玲子・塩見美抄・中山貴美子  
東京医科歯科大学大学院医学系研究科 千葉由美 自治医科大学公衆衛生学部門 尾島俊之  
神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 別所遊子 神戸市看護大学保健学部 岩本里織  
神戸大学大学院博士後期課程 田中祐子

### 保健師の将来を議論するには 「専門性の明確化」がまず必要

このシリーズでは、第1回で公衆衛生発祥の地である英国の地域看護活動のシステムと展開の実際を、第2回ではその英国の、日本と比較すると専門分化されている地域看護職の実態とその専門性を高めるための制度や教育内容について、紹介してきました。最終回の今回は、米国、英国における「保健師に求められる能力を明確化する試み」をお伝えしたいと思います。

現在、日本では保健師の今後や保健師教育のあり方に関して議論されていますが、なかなか具体的な結論が得られずにいます。議論が困難な理由の1つは、米国や英国にみられるような、教育や活動の基盤となる合意された「保健師の専門性」や「必要とされる能力」を明確にしたものがないためではないでしょうか。米国、英国をはじめとする諸外国では、国や州のレベルで、関係機関が「地域で活動する看護職(Public Health Nurse, もしくは Community Health Nurse)に必要とされる能力」を明確にし、それにもとづいた教育や実践活動が展開されています。その状況をお伝えしていきましょう。

### 米国で策定された 「公衆衛生看護のためのコア能力」

#### ■策定組織

米国では保健師の能力の中核的な要素が、「公衆衛生看護のためのコア能力」(Core Competencies for Public Health Nursing)として整理されています。これを策定したのは、保健師の教育や活動に関わる職能団体・学術団体・実践者団体のうちの主要4機関である「アメリカコミュニティヘルスナース教育協会」「アメリカ看護協会」「アメリカ公衆衛生学会保健師部会」「州・テリトリー看護部長協会」の代表が集まった4者協議会です。

#### ■内容

「公衆衛生看護のためのコア能力」で提示されている能力は、表1にお示ししたとおりです。

この項目は、米国の公衆衛生従事者のコア能力を明らかにした「公衆衛生従事者のためのコア能力」(Core Competencies for Public Health Professionals)を土台につくられています。これはCDC (Center for Disease Control)が中心となり、米国の公衆衛生に関わる大学・研究機関や実践現場の代表によって組織されたCOLという委員会が策

表1 米国の「公衆衛生看護のためのコア能力」

領域	内容	ジェネラリスト <sup>1)</sup>		スペシャリスト <sup>2)</sup>	
		個人/ 家族	集団/ システム	個人/ 家族	集団/ システム
分析・評価能力	問題を明確にする			◎	◎
	量的・質的データを適切に利用し、また限界を見極める			○	△
	明確化された公衆衛生の問題に関する変数を選び、決定する			○	○
	関連がある適切なデータと情報源を特定する			◎	◎
	データの全体性と比較可能性を評価し、データ源内のギャップを特定する			○	△
	倫理的な原則を、データと情報の収集・保持・利用・普及に適用する			◎	◎
	集められた量的・質的データを意味づけるために、地域と手を組む	N.A		○	N.A
	量的・質的データから妥当な推測をする			○	△
	地域へのリスクと利益に関わる情報を得て、説明する			○	○
	データ収集過程、情報テクノロジーの応用、コンピューターシステム保管/検索方法を用いる			○	△
	どのようにそのデータが倫理的・政策的・科学的・経済的、そして公衆衛生全体の課題を解明するかを理解する			○	△
政策立案・計画策定能力	問題に関連する情報を集め、要約し、解釈する			○	△
	政策の選択肢を提示し、簡潔な政策声明をはっきりと記述する			△	△
	公衆衛生法・規則・特別なプログラムに関する政策を確認し、解釈し、実施する			○	○
	政策選択肢の各々について、健康・財政・行政・法律・社会・政策における影響を明確に述べる			△	△
	政策の選択肢の各々について実行可能性と予期される結果を提示する			△	△
	政策決定と保健医療計画に関する最新の手法を活用する			○	△
	対策のための適切な手順を決定する			○	△
	目的、結果、プロセス目標、実施のステップを含む、政策実施のための計画作成を行う			○	△
	政策を組織計画、組織構造、組織プログラムに移す	N.A		△	N.A
	緊急時の対応計画を作成し、実施する			○	○
コミュニケーション能力	モニターの仕事みを構築し、プログラムの効果と質を評価する			○	○
	文書と口頭、またはその他の方法において、効果的に意思疎通をする			◎	◎
	個人と組織からの情報提供を求める			◎	◎
	公衆衛生プログラムと手段を提言する			◎	◎
	特別な問題に対処するためにグループに参加し、指導する			◎	◎
	情報伝達のためにメディア、先進的なテクノロジー、そして地域内のネットワークを使う			○	△
	正確な人口統計学的情報、統計学的情報、プログラム情報、そして科学的情報を、専門家と一般聴衆に効果的に提示する			○	○
	コミュニケーション態度：偏見のない態度で他者の意見を聞き、他者の視点を尊重し、多様な意見や考え方を表明することを奨励する			◎	◎
文化的に適切な能力	多様な文化・経済・教育・人種・民族・専門を背景とする人々、そして、すべての年代とすべての生活趣向をもつ人々と、慎重に、効果的に、専門的に交流するための適切な手法を用いる			◎	◎
	公衆衛生サービスの提供を決める際に、文化的・社会的・行動的要因の役割を明らかにする			○	○
	文化の相違を考慮した問題へのアプローチを開発し、用いる			◎	◎
	文化的な態度：文化の多様性に寄与しているダイナミックな影響力を理解する	N.A		○	N.A
	文化的な態度：多様な公衆衛生従事者の重要性を理解する	N.A		○	N.A
地域における実践能力	重要な影響力者との関連を確立し、維持する				○
	地域とのパートナーシップを確立するために、リーダーシップ能力、チーム形成能力、交渉能力、そして論争解決能力を役立てる				○
	住民全体の健康を促進するために地域の関係者と協働する				○
	公的・私的組織がどのように地域のなかで作用するかを明らかにする				○

地域における実践能力	効果的な地域との取り決めを果たす		○		◎
	地域の利点と利用可能な資源を明らかにする		○		◎
	地域における公衆衛生のアセスメントを行い、実施し、評価する		○		◎
	地域の保健医療サービスの提供における政府の役割を記述する		○		◎
基本的な公衆衛生の能力	本質的な公衆衛生サービスと中心機能の文脈のなかで、個人と組織の責任を明らかにする	○	○	◎	◎
	住民の健康状態、健康と不健康の決定要因、ヘルスプロモーションと疾病予防に寄与している要因、保健医療サービスの利用に影響を与えている要因を規定し、アセスメントし、理解する	○	○	◎	◎
	歴史的な発展、体制、そして公衆衛生と健康の相互関係を理解する	○	○	◎	◎
	公衆衛生で用いられている基本的な研究方法を確認し、応用する	△	△	○	○
	行動科学、社会科学、生物統計学、疫学、環境衛生学、そして慢性疾患、感染症、けがの予防を含む基本的な公衆衛生科学を用いる	△	△	○	○
	現行の妥当な科学的根拠を特定し、取り出す	○	○	◎	◎
	研究の限界、および観察と相互関係の重要性を明確にする	△	△	○	○
	基本的な公衆衛生科学への態度：厳密な批判的思考への生涯変わらないこだわりを明らかにする	◎	◎	◎	◎
財務計画と管理能力	予算を作成し、提示する		△		◎
	予算制限内でプログラムを運用する		○		◎
	予算過程を適用する		△		◎
	予算優先事項を決定するための計画を構築する		△		◎
	プログラムの実施状況をモニタリングする		○		◎
	外部の資金を得るための計画書を準備する		△		◎
	組織管理、個人的な動機づけ、対立の解決に、基本的な人間関係能力を用いる		○		◎
	情報収集、検索、そして政策決定に用いられるデータの利用に関わる情報システムを管理する		△		◎
	一般住民対象のサービス提供のために規約やその他の文書について協議し、作成する		△		◎
	費用対効果、費用便益、費用効用分析を指揮する		△		◎
リーダーシップとシステム思考能力	組織と地域内に倫理基準をつくる		○		◎
	鍵となる価値観と共有する未来像を作り出すことを支援し、行動を導くためにこれらの原理を用いる		○		◎
	本質的な公衆衛生サービスの運用に影響を与える可能性のある内部と外部の問題を明確にする(例：戦略的計画)		○		◎
	主要な関係者の参加を確実にするために、内外部のグループとの協力関係を促進する		○		◎
	チーム学習、組織的学習を促す		○		◎
	組織的活動基準の開発、実行、そしてモニタリングに関わる		○		◎
	効果的な変化のために法的・政策的システムを用いる		○		◎
専門的実践に組織的構造の理論を応用する		△		◎	

★1：ジェネラリスト/スタッフ ★2：マネジャー/CNS/コンサルタント/プログラム・スペシャリスト/管理者

◎：卓越している ○：理解している △：知っている ○\*：このことに関する専門家の必要性や活用可能性による N.A：集団・システムに焦点を当てた内容であるため、個人/家族レベルには適応しないが、広い意味での集団に焦点を当てた公衆衛生サービスやシステムには適応が可能である。

定したものです。

両者の相違点は、公衆衛生従事者版では従事者を「実践者」「シニアレベルスタッフ」「管理監督スタッフ」の3つに分類しているのに対して、保健師版は「ジェネラリスト/スタッフ」と「マネジャー/CNS(Clinical Nurse Specialist)/コンサルタント/プログラムスペシャリスト/管理者」の2分類にしていることと、領域・項目はCOLが作成したものをそのまま用いています、各項目を

「個人/家族」と「集団/システム」の2つのレベルで考えている点です。なお、保健師版の「ジェネラリスト」は学部卒レベル、「スペシャリスト」は修士卒レベルと設定されています。

#### ■策定過程と普及

「保健師版」の策定活動は2000年にCDCの音頭により開始されました。

4者協議会では最初にCOLが作成した「公衆衛



生従事者版」の枠組みが保健師に適応可能かどうかを検討することから開始しました。その結果、保健師にも活用可能という意見がまとまったため、次にパブリックコメントの収集を行いました。これには1000人以上の公衆衛生従事者がコメントを寄せたそうです。コメントに対し、委員会はEメール、フォーカスグループ、学会でのセッション、ウェブなどでフィードバックを行っていききました。その過程のあと、再度、策定4機関のうちの複数の組織に所属している220名を超える看護職メンバー(多くは実践者)に意見を求め、その結果をもとに最終版が策定されました。

最終版を策定したあとには、これを活用する教育現場や実践現場を広く募り、モデル的な実践を始めています。その際に教育現場に求められたことは、コースの目的にこの枠組みを用いること、授業の内容に反映させること、などです。実践現場に対しては、枠組みにもとづいた新たな調査活動を行うこと、職務内容の記述を行うこと、活動評価に用いること、などでした。

このモデル実践の結果は現在まとめられている最中ですが、これらの能力の測定や評価が課題と指摘されつつも、全般的には肯定的な評価が得られているようです。この取り組みと並行して、開発に関わった4機関の会員に向けて、今後の普及の方向性を探るための調査がインターネットで実施されています。

## 英国で策定された「公衆衛生実践のための業務基準」

英国の「公衆衛生実践のための業務基準」(National Occupational Standards for the Practice of Public Health Guide)は、看護職のみならず公衆衛生に関わるすべての機関と組織を対象として、2004年3月に出されたものです。この業務基準が示された背景には、優先度の高い公衆衛生上の課題に対して重点施策を展開していくために業務基準は不可欠であり、専門職は皆それを身につけ実

践することが必要だ、という国の強い意図がありました。これは教育認定当局であるQCA(the Qualifications and Curriculum Authority)とSAQ(the Scottish Qualifications Authority)のお墨付きを得ており、全国的な基準となっています。

### ■策定組織

策定は、国の4つの保健関係部局から委任、監督を受けたSkills for Health, the UK-wide Sector Skills Council for Healthというプロジェクトによって行われました。このプロジェクトには関係職能団体なども参加しています。

### ■内容と活用

業務基準は表2に示したとおりです。この表では「内容」部分までしか示しませんでした。実際はこの「内容」の下位項目として173項目が提示されています。そこで公衆衛生のグッド・プラクティス(よい実践)を示しており、良質の実践方法や能力がわかるようになっています。

なお、この業務基準の前段には、業務の前提となる公衆衛生の目的と定義が具体的に記述されています。またこの業務基準は、英国の保健医療の提供母体であるNHS(National Health Services)が質保証基準と能力を示したNHS KSF(NHS Knowledge and Skills Framework)やその他の能力基準との整合性が図られています。

この業務内容は特定の対象や専門家のためのもではなく、さまざまな住民の状況に応じて多様に使えるよう作成されています。活用場面としては、下記のように書かれています。

- 多機関・多職種による公衆衛生活動において、各メンバーの専門的貢献を明確にする場面
- 禁酒や酒害など特定の対象への活動の枠組みとして必要な能力を確認する場面
- 住民の健康増進に向けて活動の開始時期や特別な対応方法を確認する場面
- 多機関・多職種による公衆衛生活動において、協働での貢献や独自の活動での貢献を明確にす

表2 英国の「公衆衛生実践のための業務基準」の領域と内容

<p><b>領域1 ①住民の健康と well-being に関するサーベイランスとアセスメント</b></p> <p>①健康と well-being および／あるいはそのストレスに関するデータと情報の収集と系統化, ②健康と well-being および／あるいはそのストレスに関するデータと情報の入手と関連づけ, ③健康と well-being および／あるいはそのストレスに関するデータと情報の分析と解釈, ④健康と well-being および／あるいはそのストレスに関するデータと情報の伝達と普及, ⑤健康と well-being および／あるいはそのストレスに関するデータと情報について他者の収集を促進し分析, 解釈, 伝達および活用する, ⑥健康と well-being および特定の集団に関連するニーズに関するデータの収集, 構造化, 分析</p>
<p><b>領域2 ②住民の健康と well-being を増進・保護する</b></p> <p>①健康と well-being の増進について個人・集団・地域と意見交換する, ②健康と well-being を増進するために人々や機関の行動変容を奨励する, ③健康と well-being を増進しその場におけるリスクを減らすために他者とパートナーシップをとって活動する, ④住民の健康と well-being に有害な現象の発生を予防するために他者とパートナーシップをとって活動する, ⑤健康と well-being について明らかに危険が確認された個別の住民に連絡をとり, アセスメントおよび支援するために他者とパートナーシップをとって活動する, ⑥特定のリスクから公衆の健康と well-being を保護するために他者とパートナーシップをとって活動する</p>
<p><b>領域3 ③評価の習慣を持ち, 質とリスクのマネジメントを発展する</b></p> <p>①自分の知識と実践を向上する, ②他者の知識と実践の向上に寄与する, ③特定の実践面における従事者を支援し喚起する, ④チームと個々の行動を管理する, ⑤活動の促進に寄与する</p>
<p><b>領域4 ④健康と well-being のために協働する</b></p> <p>①地域と組織内のリーダーシップをともに構築する, ②他者と協働の活動を発展・継続・評価する, ③他機関の会議において所属機関のことを説明する, ④健康と well-being を増進するために地域とパートナーシップをとって活動する, ⑤集団と地域の利益を聴く立場から見解が示されることを可能にする, ⑥健康と well-being および関連する問題についてメディアに情報とアドバイスを提供する</p>
<p><b>領域5 ⑤健康プログラムおよびサービスを開発し, 不公平を減らす</b></p> <p>①健康と well-being の増進に向けてプログラムとプロジェクトを計画・実施・再検討するために他者とパートナーシップをとって活動する, ②組織の活動の変革を管理する, ③地域の集団／ネットワークにおける人々のスキルと役割を発展させる, ④資金を査定・交渉・確保する</p>
<p><b>領域6 ⑥健康と well-being を増進するための政策と戦略の発展と実行</b></p> <p>①健康と well-being の増進に向けて戦略を計画・実施・監視・再検討するために他者とパートナーシップをとって活動する, ②健康と well-being における政策と戦略の影響を査定するために他者とパートナーシップをとって活動する, ③健康と well-being の増進に向けて政策を発展させるために他者とパートナーシップをとって活動する, ④健康と well-being の増進のために政策を評価し変容を推奨する</p>
<p><b>領域7 ⑦健康と well-being を増進するためにコミュニティとともに(のために)活動する</b></p> <p>①人々の発展と地域における学習を促進する, ②実践と経験から学ぶ機会をつくる, ③共通の活動を計画し行えるように地域を支援する, ④地域の集団／ネットワークの発展を促進する, ⑤人々が健康と well-being に関連する問題を明確にできるようにする, ⑥人々が他者の健康と well-being を増進できるようにする, ⑦特定の健康状態の影響を最小限にするために個や他者と活動する</p>
<p><b>領域8 ⑧健康と well-being のための戦略的なリーダーシップ</b></p> <p>①健康と well-being を増進するためにリーダーシップのスキルを用いる, ②健康と well-being の価値とそれに向けたニーズを高める, ③目標を達成するためにチームと個人の活動を導く, ④学習プログラムをデザインする, ⑤プレゼンテーションを通じた学習を可能にする, ⑥学習と成長のためのプログラムを評価し奨励する</p>
<p><b>領域9 ⑨健康と well-being を増進するための研究と開発</b></p> <p>①健康と well-being の増進に関する研究と開発に向けて計画・着手・評価・普及する, ②知識と実践の発展にむけて戦略的な考えを発展・維持する, ③知識と実践を上達するための戦略を開発・実施・評価する, ④知識と実践を上達するためのプロジェクトを委任・監視・評価する, ⑤研究と開発のアウトカムによって評価と実施に寄与する</p>
<p><b>領域10 ⑩健康と well-being を増進するために自分や人々, 資源を倫理的に管理する</b></p> <p>①人々の平等性・多様性・権利を奨励する, ②自分の活動に優先順位をつけ管理し, 焦点をあてる, ③予算の使途を管理する, ④学習者の成長を見守り, 再検討する, ⑤メンタリングをとおして個々の学習と発展を促進する, ⑥コーチングをとおして個々が学習できるようにする</p>

\*実際には, 領域と同じ文言のものが「内容」にも加わるが, ここでは省略した。また, 各内容の下位には1~5個の細目がある。

る場面  
 実際の活用事例として、母乳育児推進事業での専門職の貢献や用いた能力を表したものを表3に示します。

2004年に前述の教育認定当局 QCA と SAQ に認可を受けています。

## 米国・英国の事例から学ぶこと

### ■策定過程と普及

プロジェクトは2002年から2003年にかけて実施されました。2003年の中頃からイギリス全土で協議され、2003年秋には関係者内で承認され、

米国、英国の事例から何が学べるのでしょうか。両者の策定プロセスに共通していることとして、国あるいは関係団体が共同して音頭をとり、広い範囲の合意形成のプロセスを経た基準を策定

表3 業務基準の実践への活用例：母乳に関する健康増進プロジェクトチームの役割(領域2のみ抜粋)

国の業務基準に示された内容	領域2 住民の健康と well-being を増進・保護する		
	2-1 健康と well-being の増進について個人・集団・地域と意見交換する	2-2 健康と well-being を増進するために人々や機関の行動変容を奨励する。	2-3 健康と well-being を増進しその場におけるリスクを減らすために他者とパートナーシップをとって活動する。
研究指導者 (GP)	✓ 母乳の理解や人々がそのプロジェクトについての情報を確実に受け止めるように推進する。		
看護師長/指導者		✓ 訪問看護師と助産師は、母乳育児の推進や母親の態度の変化を促進する。	
ヘルスプロモーション専門家		✓ 彼らの成功を評価する開業医をサポートする。	
ヘルスビジター	✓ 妊婦が母乳情報パックや母乳グループについて話されたか確かめた。	✓ 母親と彼女の仲間に、母乳や母乳グループに関する知識や技術を促進した。以前彼女らが簡単に母乳を諦める傾向にあったとき、母乳を継続するように励ました。ヘルスビジターは、母乳の利点を事例で説明できた。母親たちが自ら母乳育児を評価することを援助できた。ヘルスビジターはまた、91人の母乳育児を行っている母親が参加し、母乳グループの成功を祝う“フェア”を運営した。	✓ 親しみやすい状況で母乳を勧める。店やレストラン、パブを勧める。そこはすでに授乳の母親を喜んで受け入れていた。
助産師	✓ 妊婦が母乳情報パックや母乳グループについて話されたか確かめた。	✓ 母親と彼女の仲間に、母乳や母乳グループに関する知識や技術を促進した。以前彼女らが簡単に母乳を諦める傾向にあったとき、母乳を継続するように励ました。助産師は、母乳の利点を事例で説明できた。母親たちが自ら母乳育児を評価することを援助できた。助産師はまた、91人の母乳を行っている母親が参加し、母乳グループの成功を祝う“フェア”を運営した。	✓ 親しみやすい状況で母乳を勧める。店やレストラン、パブを勧める。そこはすでに授乳の母親を喜んで受け入れていた。

していること、規定された能力が教育や現場の実践に活用されていること、があげられます。広い範囲で合意されている能力基準であるため、実践に活用されているのでしょう。また、「保健師って、何をやる人？」という問いにも答えやすくなります。さらに、一度合意された基準ができれば、社会情勢などに応じた見直しも行いやすくなるのではないのでしょうか。そのほか、基礎教育、大学院教育、現任教育に一貫性をもたせることも容易になると考えられます。

また、公衆衛生従事者の能力の枠組みのなかで作成されている点も見逃せません。保健師の独自性をより明確に打ち出すために、独自のものをつくるという方法もありますが、その一方で他職種との共通した基盤のなかで特徴を示すことで、違いがわかりやすくなる場合もあるように思います。どちらが良いと一概にいえることではありませんが、公衆衛生従事者全体に共通した能力を明確にする体制づくりが可能だったこと自体をうらやましいと感じるのは、筆者だけではないでしょう。

そのほか、米国の活動は開始されて5年目に入っています。このように丁寧なプロセスを踏んで基準となるものを使いやすいものにしていくあり方は、ぜひ日本もまねをしたいところです。また、関連する他の基準との整合性がある点も、「使える」基準のための必要な要素と思います。

具体的な各々の項目に関しては、日本の基準がないので対比させることは難しいのですが、米国の「財務計画と管理能力」や「システム思考能力」、英国の「公平さ」や「倫理」などの項目は日本ではいままでもあまり前面には出てきていませんでした。今後検討することが必要な内容であると思われる。

## 対比から「自分の姿」を発見しよう

3回にわたって、英国を中心とした海外の状況をいくつかの観点から紹介しました。海外の魅力

的な部分を取り上げたわけですが、それはそのまま日本に移植できるものでも、また、すべきものでもありません。しかし、対比することで、自分たちの課題や強みも見えてくるはずですよ。

たとえば、本連載の第1回で、日本では当たり前前の企画や総合調整、施策化の機能を英国の第一線の地域看護職がもっていないことを紹介しました。こういった相違を知ることは、日本の保健師が果たしている役割の大きさや住民にとっての意味を考えることにつながり、保健師のコアとなる役割・機能を考えるうえでのポイントとなるでしょう。第2回の地域看護職の専門性とそれを高める仕組みでは、日本の今後の方向性として議論されている専門分化の課題がわかり、その轍をふまないあり方を考える必要性が感じられました。ただし、専門性を向上させるシステムティックな体制整備は日本でも取り入れたい部分です。そして今回の内容から、保健師の専門性を明確にする取り組みの1つのひな形がイメージできたのではないのでしょうか。

職能として自らの専門性を明確にし、それを保証する体制整備を行うことも、専門職としての保健師の責務の1つといえるでしょう。その取り組みを実践現場、教育・研究現場という枠を超えて進めていけたらと思います。

本稿のデータ収集は、平成16年度厚生労働科学研究健康科学総合研究事業「変革期に対応する保健師の新たな専門技能獲得に関する研究(主任研究者：岡本玲子)」の一部として実施した。

### ■文献

- 1) Quad Council of Public Health Nursing Organization : <http://www.uncc.edu/achne>.
- 2) Quad Council of Public Health Nursing Organization : Public Health Nursing Competencies. Public Health Nursing, 21 (5) : 443-452, 2005.
- 3) Skills for Health : <http://www.skillsforhealth.org.uk>.

鳩野洋子(はとの ようこ)

国立保健医療科学院公衆衛生看護部  
〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6