

今特に強化が必要な行政保健師の専門能力

Specific PHN's Competencies Which Are Acquired to Strengthen Recently

岡本 玲子¹⁾

Reiko Okamoto

塩見 美抄²⁾

Misa Shiomi

鳩野 洋子³⁾

Yoko Hatono

岩本 里織⁴⁾

Saori Iwamoto

中山貴美子¹⁾

Kimiko Nakayama

尾島 俊之⁵⁾

Toshiyuki Ojima

別所 遊子⁶⁾

Yuko Bessho

千葉 由美⁷⁾

Yumi Chiba

井上 清美⁸⁾

Kiyomi Inoue

本研究の目的は、今特に強化が必要な行政保健師の専門能力を明らかにすることである。

データは、(1)学識経験者を対象としたフォーカスグループディスカッション(n=7)と、(2)保健師と関係他職種を対象とした個別面接(n=9)により収集した。専門能力は、研究者によるデータの解釈・分析によって抽出・精選した。専門能力の妥当性と優先度の検討は、(3)全国の現任保健師研修担当者への郵送質問紙調査により行った。

(1)(2)を分析した結果、専門能力は次の5つにまとめられた。すなわち、a)住民の健康・幸福の公平を護る能力、b)住民の力量を高める能力、c)政策や社会資源を創出する能力、d)活動の必要性和成果を見せる能力、e)専門性を確立・開発する能力である。

(3)の調査(n=225)では、a)~e)の専門能力は、被調査者の9割以上の賛同を得た。また、7割の者が優先度が高いとした専門能力は、c)d)であった。

結果より、今回抽出した専門能力は、今特に強化が必要なものとしてコンセンサスを得られた。今後保健師がこれらの能力を獲得できるよう、とりわけ優先度の高い専門能力について、我々は早急に教育プログラムの開発や教育体制の整備を行っていく必要がある。

キーワード：保健師、能力開発、専門性、卒後教育

The purpose of this study was to identify PHN's specific core competencies which need to be acquired to strengthen position in PHN's field recently.

Qualitative data was collected from 7 scholars of erudition and experience, 7 PHNs and 2 health care related experts through focus group discussion and one to one interviews. Competencies were classified and integrated by researchers. The validity and priority of competencies were investigated by 225 PHNs who were in charge of PHN's education working in both Public Health Departments and Community Health Centers, by mailing out questionnaires.

As a result of analysing the qualitative data, the following 5 competencies were refined :

a) Protecting equality of health/well-being of the population, b) Empowering the population's capacity for promoting community health development, c) Creating strategic policy and resources from the clients' view point, d) Demonstrating the necessity and the effects of action, e) Developing and sustaining PHNs' professionalism.

Received : March 7, 2006

Accepted : January 14, 2007

1) 神戸大学医学部保健学科 Faculty of Health Sciences, Kobe University School of Medicine

2) 神戸大学大学院博士後期課程 Doctoral Course, Graduate School of Medicine, Kobe University

3) 国立保健医療科学院 National Institute of Public Health

4) 神戸市看護大学 Kobe City College of Nursing

5) 浜松医科大学 Hamamatsu University School of Medicine

6) 神奈川県立保健福祉大学 Kanagawa University of Human Services

7) 東京医科歯科大学大学院 Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University School of Medicine

8) 兵庫県西播磨県民局龍野健康福祉事務所 Hyogo Prefecture, Nishiharima Social Service Bureau, Tatsuno Welfare and Health Office

As a result of investigation, all competencies met with over 90% of subjects' approval and competency c) and d) were thought high priority by about 70% of subjects.

Five competencies were identified with consensus. These results showed that it is necessary for PHN to acquire these competencies, especially c) d), we have to develop an effective education program and system as soon as possible.

Key words : public health nurse, competency development, professionalism, postgraduate professional education

I. はじめに

行政機関で働く保健師(以下行政保健師と略す)は、日本国憲法第25条が謳う「国の公衆衛生の向上及び増進」を担う人材のなかで人数的にもっとも広い裾野と70年の歴史をもつ第一線の専門職であり、それぞれの時代における住民ニーズの変遷に応じて活動する公的な使命を有している。

しかし「今」は、住民の権利意識の高揚や価値観の変化、疾病構造の変化に伴うニーズの多様化、および核家族化やコミュニティにおける親密性の希薄化によるニーズの潜在化が起こっている時代である。同時に、地方分権と規制緩和による保健業務の外部委託の増加や、健康産業の拡大、法・制度の変革によるサービス機関・関係職種の増加およびサービスの多様化・複雑化が起こっている時代でもある。それゆえ行政保健師は、活動のターゲットと優先度を定めにくく、また今までの活動方法では問題の解決が難しい状況に置かれている。

つまり「今」、行政保健師はこのような変革期に対応するための活動の変容とそれを遂行する専門能力の強化を求められている。とはいえ、筆者らが行政保健師から、求められる活動、しかも行政保健師こそが行うべき活動を遂行するための専門能力をどう身につければいいのかに悩む声を聴くことが少なくなく、彼らが自分の受けた基礎教育・現任教育や実践経験で培った専門能力と、日々の実践活動で求められる専門能力とのギャップを感じている現状が伺える。このギャップを埋めるためには、「今特に強化が必要な」専門能力を明確にし、その獲得方策を考えることが急務である。

しかし、行政保健師に求められる能力や実践活動については、地域保健従事者資質向上検討会のための調査研究委員会¹⁾や厚生労働省の地域における保健師の保健活動指針²⁾をはじめ多数の記述にみられるが^{3)~7)}、これらは研究者が中心になり保健師の全般的な能力について示したものであり、実際に現場で働いている保健師や彼らと協同する者を含み「今特に強化が必要な」という点に絞って、検討したものではない。

よって本研究の目的は、変革期に対応するために「今特に強化が必要な行政保健師の専門能力(以下専門能力と略す)」を明らかにすることとした。本研究の意義は、調査結果によって、地域保健対策に関わる人材の資質向上といった行政課題や保健師教育、特に卒後教育の方向性を考える基礎資料を提供できることである。

II. 方法

本研究は3段階で行った。第1段階(調査1)の目的は、専門能力について探求し展望をもつ学識経験者から専門能力を抽出すること、第2段階(調査2)は、調査1の結果について現場の実情との整合性を図るために、保健師と関係他職種両者から調査1の結果に対する意見の相違や追加、共感する点を聴取することである。第3段階(調査1・2の総合分析と調査3)は、調査1・2の結果を共同研究者で総合的に分析し専門能力を明らかにすること、およびその専門能力に対する行政保健師のコンセンサスの程度と優先度を明らかにすることである。調査1・2の対象は、後述の選定条件に沿って共同研究者で協議し、あるいは他者から紹介を受けて選ばれた。

調査で説明した用語について、「今」とは前述したとおりであり、「特に強化が必要な」とは「行政保健師が公的責任をもって、住民の健康とwell-beingおよび公衆衛生の向上・増進に向けた使命を果たし、その存在価値を社会に認められ専門職として存続・発展するために獲得・向上することが早急に必要」という意味とした。そして「専門能力(competencies)」とは、単に(1)専門職として活動するために必要・十分な知識・技術があること、だけでなく、(2)(1)を主体的に獲得する意識・考え方・行動様式を備えていること、これら双方の統合された能力とした。「行政保健師」は、行政機関で働く保健師全般を指し、所属する部局や職位は問わないこととした。

1. 調査1

調査1の対象は、地域看護学または公衆衛生学に関する学識経験者7名である。対象の選定条件は、地域看護学を専門領域とし、保健師の能力やあり方に関する研究活動を有する者、もしくは関連する学問分野で、地域保健や公衆衛生の立場から保健師活動について客観的な意見を述べられる者とした。

調査方法は、フォーカスグループ・ディスカッション(以下FGDと略す)と、抽出内容の妥当性と重要性に関する意見収集のための郵送質問紙調査(FGDの1カ月後)である。FGDでは、被調査者が考える専門能力とはを問い、それについて自由に語ってもらった。ファシリテーターは相互の意見交換を促進した。被調査者には事前にFGDで話し合う問いの説明を行い、参考資料として保健師の能力に関する国内外の既存文献の概要を一覧にして示した⁸⁾。調査期間は、平成16年11月~12月である。

分析は共同研究者3名で問いの回答に当たる部分を逐語録から抽出し、その意味内容を読み取り文言を整え分類した後、上記以外の共同研究者に意見を求め修正した。

質問紙調査では、抽出した各項目の重要度を高・中・低の3段階で問うたほか、項目に関する補足や追加の意見を求めた。分析は、調査結果を集計し、補足や追加意見の内容を整理した。

倫理的配慮は、研究者が被調査者に研究の目的と調査内容および倫理的配慮に関して文書による依頼と説明を行った後、被調査者から同意書への署名を得た。文書に記した倫理的配慮の内容は、被調査者にかかる負担や録音・逐語録作成の許可依頼、調査への参加および拒否・中断の自由、データ使用の限定と管理方法、個人のプライバシー保護の厳守である。

2. 調査2

調査2の対象は、行政保健師6名、行政保健師を経てNPOとして起業した保健師1名、医師1名、一般行政職1名、計9名である。対象の選定条件は、行政保健師については、10年以上の保健師経験を持ち、かつ関連する学会や雑誌に保健師活動に関する論考の掲載経験がある、もしくは大学で保健師の専門性に関する教授経験がある者とした。起業した保健師は現在は行政の外から批判的客観的に保健師活動を見ることができるという位置づけである。関係他職種については、保健師の教育または人事に関連する職場で5年以上の従事経験があり、研究会や研修会で保健師の専門性や専門業務に関する意見を述べたことがある者とした。

調査方法は個別面接であり、調査1の結果を示して、それとは異なる意見や追加、共感する点について聴取した。調査1と同じFGDではなく個別面接にした理由は、対象が現場で従事する者であり、問いについて経験的感覚的な思いはあってもそれを言語化することに慣れておらず、調査者がそれに配慮しより深く聴取できる方法として個別面接が妥当と考えたからである。

分析方法と倫理的配慮は調査1のFGDと同じである。調査期間は、2004年12月～2005年2月である。

3. 調査1・2の総合分析

方法は共同研究者間の協議検討である。共同研究者は、調査1で抽出した内容については被調査者の80%以上が重要度が高いと判断した内容を、調査2で抽出した内容については被調査者が特に強調していた内容を軸にして専門能力とは何かを解釈した。この際共同研究者は、何のために、誰に対して、何をやる能力なのかという視点を重視して内容を分析し、今特に強化が必要という点で核になる専門能力の解釈について意見交換を繰り返し専門能力を明らかにしていった。

表1 対象の基本属性(調査1) n=7

	人	%	
年齢			
40歳代	5	71.4	
50歳代	2	28.6	
教育研究職経験年数			
1～10年未満	3	42.9	
10～20年未満	3	42.9	
20年以上	1	14.3	
実践経験年数(複数回答)			
保健師	1～10年未満	3	42.9
	10～20年未満	2	28.6
看護師	5年未満	2	28.6
医師	1～10年未満	1	14.3
学位			
修士	3	42.9	
博士	4	57.1	
所属			
国立大学法人	2	28.6	
学校法人	5	71.4	
現在の役職			
助手	1	14.3	
講師	2	28.6	
助教授	1	14.3	
教授	3	42.9	

4. 調査3

調査3の対象は、全都道府県庁・政令市・中核市等、および保健所および市町村保健師の中で保健師の現任研修を担当する保健師である。保健所と市町村の選定は名簿に基づき前者を4分の1、後者を20分の1で無作為抽出した。

調査方法は記名式の郵送質問紙調査である。調査内容は、方法3で明らかにした専門能力について、それが今、行政保健師にとって強化が必要と思うかどうか、および強化の優先度が高い項目をどう考えるかである。前者の選択肢は、賛同・すこし賛同・どちらともいえない・すこし反対・反対の5段階を設けた。調査期間は、2006年1月～2月である。

対象への調査協力依頼は、調査目的等を明示した依頼文と倫理的配慮を記した文書を用い、返送をもって承諾とみなした。文書に記した倫理的配慮の内容は、被調査者にかかる負担、調査協力の拒否の自由、データ使用の限定と管理方法、個人のプライバシー保護の厳守である。

III. 結果

1. 調査1

被調査者7名の基本属性は表1のとおりである。抽出した項目の重要度を問う郵送質問紙調査は、被調査者全員に行い回収は6名(85.7%)であった。

FGDの逐語録の分析より抽出された専門能力の数は340

表2 対象の基本属性(調査2) n=9

		人	%
年齢			
30歳代		3	33.3
40歳代		3	33.3
50歳代		3	33.3
実践経験年数(複数回答)			
保健師	10～20年未満	4	44.4
	20年以上	3	33.3
医師	1～10年未満	1	11.1
一般行政職	20年以上	1	11.1
学位			
なし		4	44.4
学士		3	33.3
修士		1	11.1
博士		1	11.1
所属			
市町村		7	77.8
国立大学法人		1	11.1
NPO法人		1	11.1
現在の役職			
スタッフ		1	11.1
係長・主査・主任		4	44.4
課長		1	11.1
部長級以上		2	22.2
講師		1	11.1

であり⁸⁾、それを分類すると表3の調査1の列に示した24項目に集約された。重要度を問う質問紙調査では、高いという回答が80%以上の項目は11、50%に満たなかった項目は2あった(表3)。重要度が低いという回答があった項目は3であり、各1人がそれを選んでいた。理由は、すでにある程度獲得できている内容である(項目6)、研究職でないと難しい(項目15、22)であった。

2. 調査2

被調査者9名の基本属性は表2のとおりである。

個別面接で得られた専門能力に関する内容は、被調査者a～iの順に7、14、12、5、6、26、20、14、11であり⁸⁾、このうち各自が特に強調していた専門能力の内容を表3の調査2の列に示した。

3. 調査1・2の総合分析

表3の調査1・2の欄は、専門能力についてその類似性・相違性を検討し、性質の類似する内容を隣に配置したものである。その結果、行政でなければできない「公」の健康を守る能力(表3調査1欄(1)～(2)、調査2欄(1)～(5))や、施策化・事業運営に関する能力(表3調査1欄(7)、調査2欄(11)～(13))など、双方に類似する専門能力があった。

被調査者が学識経験者であった調査1では、表3調査1欄の項目(10)～(24)の下線部に表れているように、プロの専門職としてアイデンティティをもって自己研鑽をしながら役割を遂行していく能力や、自分が行った活動の意義や価値を根拠をもって説明・アピールする能力に関する能力の項目が多く、強調されていた。

当事者である保健師や関連職種が被調査者であった調査2では、表3調査2欄の項目(6)～(10)および(14)～(16)の下線部に表れているように、関係職種とサービスの質管理、非常時や予期せぬことに備えた予防的な対応、住民の力量を高めて地域を活性化する、現実に必要な政策や体制ができるよう仕かけるなどの能力が調査1より多くあがり強調されていた。

共同研究者間の協議では、「今特に強化が必要」という文脈のキーとなる部分を解釈し(表3下線部)、何のために、誰(何)に対して、何を行う能力なのかという視点を重視しながら専門能力の内容を精練した結果、専門能力は表3の表側に示した5つの大項目(「何のために」に着目し精練した項目)と11の中項目(「何をやる」に着目し精練した項目)にまとめられた。

「誰(何)に対して」は、健康課題をもつあるいは環境と相互作用する人に対して、そしてその人に作用する環境に対して、に大別された。また、人や環境に対して働きかける際に、専門職である自分が高めていくべき能力が別に分類された。すなわち、「住民の力量を高める能力」は健康課題をもつ人に働きかける実践能力であり、「住民の健康・幸福の公平を守る能力」は環境と相互作用する人に働きかける実践能力、「政策や社会資源を創出する能力」は人に作用する環境を整える基盤整備に関わる実践能力と解釈された。「活動の必要性と成果を見せる能力」「専門性を確立・開発する能力」は、保健師が先の活動を行う専門職として使命と責任を果たす能力と解釈された。

4. 調査3

調査票の回収状況は、送付数339のうち返送数257(75.8%)、有効回答数225(66.4%)、本庁再掲80.9%、政令市・中核市・特別区・地域保健法政令市(以下政令市等と略)再掲78.0%、保健所再掲72.4%、市町保健センター再掲48.7%)であった。回答者の性別は全員が女性であり、そのほかの基本属性は表4のとおりであった。

3. で明らかにした専門能力の大項目について、中項目の内容も示したうえで、それが保健師にとって今特に強化が必要かどうかのコンセンサスの程度を問うた結果は、全項目が、賛同・すこし賛同を合わせて9割以上の回答を得た(表5)。強化の優先度についての意見収集結果では、「政策や社会資源を創出する能力」を優先順位1位に選んだ者(43.5%)および優先順位3位までに選んだ者(71.6%)が最も多く、次いで、「活動の必要性と成果を見せる能力」(順に33.1%、69.8%)、「住民の力量を高める能力」(順に28.5%、60.9%)の順であった(表6)。

表3 調査1・2の結果に基づく「今特に強化が必要な保健師の専門能力」

専門能力		調査1・2の結果		
働きかける対象	大項目	中項目	調査1 ¹⁾	調査2
健康課題をもつ人／環境と相互作用する人	1. 住民の健康・幸福の公平性を護る能力		(1) 人や場に応じ、人々の健康を創る能力 (83.3%)	(1) 個人や公衆の健康問題を予測し予防的に関わり健康とwell-beingを護る力 (2) 民営化できない部分、行政でなければならない公の健康を護る活動を見極めて実行する能力
		1) サービスへのアクセスと健康の公平性を追求する	(2) 「公」の視点で判断する能力 (83.3%)	(3) 公の立場で仕事をするスキル、格差のある社会のターゲットを定め主張できる能力
			(3) 倫理的側面から人々の権利擁護や活動の優先度を判断できる能力 (66.7%)	(4) 「公」の健康を護るプロフェッショナルなプラクティス能力(公をどうとらえるか、ホームレスや外国人を市民・国民ではないからと排除する行政がある)
			(4) 地域で生じる多様なニーズや状況にいつも柔軟に応じる能力 (66.7%)	(5) アクセスのない人に関わり、(事業や活動が)公の役割を果たしているかどうかを見極められる能力
	2) 地域全体のサービスの質を監視する		(6) 関係職種やサービスの質担保・質保証・能力開発(自分のもっている能力の提供・引継ぎ)	
	3) 健康危機管理を行う		(7) 非常時など問題がシリアスになる前の予防・早期対応	
2. 住民の力量を高める能力			(5) 活動を具体的に展開する能力 (66.7%)	(8) 住民の立場に立ってみる視点、住民の力を引き出すための活動、ネットワーク力
	1) 力量形成を要する対象を把握し健康増進・改善を支援する		(6) 地域で生活する対象中心にケア(健康支援)を展開する看護実践能力(41.7%)	(9) 住民と一緒に考え改善する
		2) 住民・住民組織の主体的な地域づくり・健康づくりを推進する		
3. 政策や社会資源を創出する能力			(7) ダイナミックに地域(や組織)を動かし、必要なもの(施策や体制、地区組織、資源など)を発想し、創出する能力 (91.7%)	(11) 何でも屋(職人)でありながら、施策化できるプロフェッショナル
	1) 創出の必要性を把握し実現に向けて企画・展開する		(8) 保健師活動や事業におけるPlan/Do/See展開能力 (66.7%)	(12) 現場を知る保健師だから政策に変える視点をもてる、ボトムアップする力
			(9) 地域保健行政の場で、法や政策、制度に則り活動する能力 (41.7%)	(13) 地区を見る、企画する、事業を実践する
	2) 創出の実現可能性を推進する			(14) 実現に向けて戦略的に創造的にステップをしっかりと踏める(人的資源活用、関係・合意形成の場づくり・予算確保等) (15) 市町村～国レベルの政策・制度・システムを創る・構想する力 (16) (どこの所属でも)健康づくりに必要なことを教え、仕かける
専門職としての自分	4. 活動の必要性と成果を見せる能力		(10) 活動の意義や価値をアピールできる能力、交渉できる能力 (91.7%)	
			(11) 考える力 (方法論をもち論理的に考える力、広い視野で多面的に考える力、全体を捉え具体を抽象化する能力など) (75.0%)	
	1) 活動の必要性を根拠に基づいて見せ、説明する		(12) 個への関わりを裏付けをもって集団、地域の健康課題が捉えられる能力 (83.3%)	(17) 社会を認識する力(生活者への共感・生きていく生活観がある人になる、もっと社会にさらす実習が必要)
			(13) 人や場に応じ地域に何が必要かを判断する能力 (66.7%)	
	2) 活動の成果を評価に基づいて見せ、説明する		(14) プレゼンテーション能力(わかりやすい表現・見せ方をする、根拠をもって説明する能力) (83.3%)	(18) 地域・市町村等広域行政単位で行政が対応すべき課題と優先度を考え実現に向けた行動に移せる
			(15) 不明瞭な事象を言語化する、見えないものを可視化する能力 (83.3%)	(19) どこに、誰に、どのように支援すべきかを考える
		(16) 情報の収集や整理、取捨選択を行う能力、情報を活用する能力 (75.0%)		

つづく

表3 調査1・2の結果に基づく「今特に強化が必要な保健師の専門能力」(つづき)

専門能力		調査1・2の結果		
働きかける対象	大項目	中項目	調査1(注1)	調査2
専門職としての自分	5. 専門性を確立・開発する能力	1) 専門性を定着し社会貢献を確実にする	(17) プロフェッショナル(専門職能)である能力(100%)	(20) キャリア・ディベロップメントしていける力
			(18) 保健師職能として質改善を続ける能力(100%)	(21) 人を育てる能力・人を動かす能力
			(19) プロフェッショナル(専門職能)としてのアイデンティティをもって役割を果たす能力(83.3%)	(22) 専門職としてのプラクティカルな職業人教育、およびその仕組みの確立
			(20) キャリア発達に伴うマネジメント力(75.0%)	
			(21) 専門領域の既知の理論や方法、および経験を活かす能力(66.7%)	
			(22) 時代や対象の変化に応じて自らの専門性を確立する能力(50.0%)	
		2) 自分の専門能力を開拓・成長する	(23) 自分の課題に応じて保健師職能として能力開発する力(83.3%)	(23) 所属した環境で自分の技術を高める意識をもつ。スキルアップの意義とその方法を理解している
			(24) 時代や対象の変化に応じて能力を獲得する能力(75.0%)	

注1 文末()内の%は重要度が高いと回答した被調査者の割合
重要度が高いと回答した被調査者の割合が80%未満の項目は、分析の主軸に用いなかったので小さいフォントで示している

表4 対象の基本属性(調査3) n=225

		人	%
年齢	20歳代	1	0.4
	30歳代	17	7.6
	40歳代	77	34.2
	50歳代	124	55.1
	60歳代	1	0.4
	不明	5	2.2
所属	本庁	38	16.9
	政令市・中核市・特別区・地域保健法政令市	58	25.8
	保健所	76	33.8
	市町保健センター	53	23.6
	現在の役職		
スタッフ	16	7.1	
主任・主査	59	26.2	
係長	54	24.0	
課長補佐	65	28.9	
課長以上	26	11.6	
不明	5	2.2	
保健師経験年数	6～10年	9	4.0
	11～20年	45	20.0
	21～30年	107	47.6
	31年以上	61	27.1
	不明	3	1.3
最終学歴	専門学校	177	78.7
	短期大学	18	8.0
	大学以上	28	12.4
	不明	2	0.9

また先に記した基本属性別に、優先順位1位に当該能力を選択した者の割合を調べたところ、5%水準で有意差がみられたのは、経験年数別にみた「専門性を確立・開発する能力」のみであった。内訳は、20年以下6人(n=52, 11.5%), 21～30年4人(n=104, 3.8%), 31年以上13人(n=58, 22.4%)であり、31年以上の経験をもつ者が優先順位1位に有意に多く選択していた(N=214, p<.001)。

同様に優先順位3位まで当該能力を選択した者の割合をみると、所属別にみた「住民の健康・幸福の公平を護る能

力」において、本庁24人(63.2%), 政令市等26人(49.8%), 保健所34人(44.7%), 市町保健センター17人(32.1%)と、本庁の者が選択した割合が有意に高かった(N=225, p<.05)。また経験年数別にみた「住民の力量を高める能力」では、20年以下31人(57.4%), 21～30年76人(71.0%), 31年以上27人(44.3%)であり、21～30年の経験をもつ者が優先順位1位に有意に多く選択していた(N=225, p<.01)。

IV. 考察

調査1・2の総合分析の結果、専門能力は5つの大項目(以下《 》内に示す)と11の中項目(以下〈 〉内に示す)にまとめられた。調査1・2のデータは、行政保健師に今求められる能力について考えている学識経験者や保健師、関係他職種から収集することができた。分析において、FGDと重要度を問う調査を用いた学識経験者のデータからは、専門職としての土台の部分を追及する項目が多数得られ、個別面接で行った保健師と関係他職種のデータからは、実践経験に裏打ちされて強調するに至った各々の内容が得られた。また両調査において多くの共通する結果と互いを補完する結果が得られたことにより、専門能力を焦点化するために必要な項目収集ができたと考える。

健康課題をもつ人に働きかける実践能力としては、《住民の健康・幸福の公平を護る》ための〈サービスへのアクセスと健康の公平性を追求する〉〈地域全体のサービスの質を監視する〉〈健康危機管理を行う〉能力が抽出された。環境と相互作用する人に働きかける実践能力としては、《住民の力量を高める》ための〈力量形成を要する対象を把握し健康増進・改善を支援する〉〈住民・住民組織の主體的な地域づくり・健康づくりを推進する〉能力が抽出された。これらが特に強化を要する能力としてあがった理由は、住民の公衆衛生の向上と増進が行政の責任であり、これらがその活動を遂行するために必要な能力であるにもかかわらず、

表5 今特に強化が必要な行政保健師の専門能力であることに対する賛否(調査3)

専門能力	(n)	賛否					(%)				
		賛同	すこし賛同	どちらともいえない	すこし反対	反対	賛同	すこし賛同	どちらともいえない	すこし反対	反対
住民の健康・幸福の公平を護る能力	223	147	63	13	0	0	65.9	28.3	5.8	0.0	0.0
住民の力量を高める能力	224	168	51	5	0	0	75.0	22.8	2.2	0.0	0.0
政策や社会資源を創出する能力	222	180	34	8	0	0	81.1	15.3	3.6	0.0	0.0
活動の必要性と成果を見せる能力	222	190	26	6	0	0	85.6	11.7	2.7	0.0	0.0
専門性を確立・開発する能力	220	156	52	11	1	0	70.9	23.6	5.0	0.5	0.0

表6 今特に強化が必要な行政保健師の専門能力の優先度に対する意見(調査3)

専門能力	優先順位3位までに当該項目を選んだ者の数	優先順位1に選んだ者の数	優先順位2に選んだ者の数	優先順位3に選んだ者の数	優先順位3位までに当該項目を選んだ者の率	優先順位1に選んだ者の率	優先順位2に選んだ者の率	優先順位3に選んだ者の率
	①	人				%		
住民の健康・幸福の公平を護る能力	101	33	38	30	44.9	32.7	37.6	29.7
住民の力量を高める能力	137	39	44	54	60.9	28.5	32.1	39.4
政策や社会資源を創出する能力	161	70	49	42	71.6	43.5	30.4	26.1
活動の必要性と成果を見せる能力	157	52	60	45	69.8	33.1	38.2	28.7
専門性を確立・開発する能力	85	23	23	39	37.8	27.1	27.1	45.9
					n=225	n=①	n=①	n=①

保健師間もしくは自治体によって技量や体制のばらつきがあるという被調査者の意見が集約された結果であった。

人に作用する環境を整える基盤整備の実践能力としては、《政策や社会資源を創出する》ための〈創出の必要性を把握し実現に向けて企画・展開する〉〈創出の実現可能性を推進する〉能力が、また専門職として使命と責任を果たす能力としては《活動の必要性と成果を見せる》ための〈活動の必要性を根拠に基づいて見せ、説明する〉〈活動の成果を評価に基づいて見せ、説明する〉能力がそれぞれ抽出された。これらがあがった理由は、現在が、根拠に基づく効果的・効率的な政策展開と総合的な調整が求められ、行政保健師の職域も拡大している時代であるにもかかわらず、自分達にこれらの能力が不足しているという被調査者の意見が集約された結果であった。

専門職として使命と責任を果たすもうひとつの能力としては、《専門性を確立・開発する》ための〈専門性を定着し社会貢献を確実にする〉〈自分の専門能力を開拓・成長する〉能力が抽出された。これは、専門職である行政保健師は能力開発が必要であるにもかかわらず、そのための主体的な学習が概して不足しているという現状や、多忙な業務の中で先輩から後輩への専門職としての技能や真髓の伝承という営みが十分に行えていない現状の認識、またそれ以前に自分たちの専門性を明確にできないジレンマなどによってあがった項目であった。

抽出された専門能力は、保健師に必要な能力全般を明示した最近の代表的な2つの研究にみる構成要素¹¹⁷⁾に照らすと、大項目・中項目がともにその意味の範囲に含まれていた。文献7)との照合結果を例に述べると、「政策や社会資源を創出する能力」は文献の地域健康開発・変革・改善能

力に、「住民の健康・幸福の公平を護る能力」と「住民の力量を高める能力」は文献の地域で生活する人々および地域の理解と支援能力に、「活動の必要性と成果を見せる能力」「専門性を確立・開発する能力」は文献の基本的能力に含まれていた。これより今回明らかになった専門能力は、保健師に必要な能力の範囲内であることが確認できた。

調査3の結果は、専門能力に対して全国の保健師現任教員に関わる保健師から9割以上の賛同が得られたことを示しており、これらの専門能力が保健師にとって今特に強化が必要な能力としてコンセンサスを得たことを確認できた。また強化が必要な優先順位が「政策や社会資源を創出する能力」「活動の必要性と成果を見せる能力」「住民の力量を高める能力」であったことは、これらが現場の保健師に最も身近で差し迫った業務を遂行する際に必要な能力として認識された結果と考える。

優先順位づけにおいて「住民の健康・幸福の公平を護る能力」が本庁保健師に、「専門性を確立・開発する能力」が31年以上の経験をもつ保健師に有意に高く選択されたことは、本庁にその都道府県民全体の健康に責任をもつという特性があることや、経験年数の高い者に後輩の指導や育成という役割が生じるという特性によるものと考えられる。

今回明らかになった専門能力は、海外の保健師の能力基準の大項目^{8)~12)}に使用されている「健康とwell-beingの保持増進(豪・英)」「健康プログラムおよびサービスの開発と不公平の減少(英)」「アクセスと公平性の促進(加)」「個人と地域の潜在能力を高める(加)」「政策構築・計画策定(米)」「政策と戦略の発展と実行(英)」「専門的な責任と説明責任の明示(加)」「自分や人々、資源の倫理的取り扱い(英)」「地域看護実践の管理(豪)」などと類似する内容であった。こ

これらの項目立ては、誰にどう支援するか、何にどう働きかけるかという実践方法を抽象化したものが上位にまとめられたのではなく、地域保健の理念および目標とその活動がもたらすアウトカムを表す内容が表現され、大項目として上位に位置づけられたものである。本研究で抽出された専門能力がこれらに類似することは、行政で働く公衆衛生看護の専門家である保健師が公衆衛生の理念に則り専門職としての使命を果たすために今どんな能力を強化すべきかを、真剣に考えて回答した被調査者の意図が反映された結果と考える。

V. おわりに

本研究では、学識経験者と保健師および関係他職種を対象とした調査より、今特に強化が必要な行政保健師の専門能力、すなわち「住民の健康・幸福の公平を護る能力」「住民の力量を高める能力」「政策や社会資源を創出する能力」「活動の必要性と成果を見せる能力」「専門性を確立・開発する能力」が明らかになり、それらについて全国の保健師現任研修担当者から賛同を得た。

本研究の限界は、中項目の下位を構成する能力の詳細までを検討できなかったことであり、それについては今後の課題と考える。また今後の研究の方向性としては、専門能力の中で、現場のニーズの高い3つの専門能力の習得を主軸にし、それに他の2つの専門能力を連動させて学習できる教育プログラムを開発していくことが重要と考える。

本研究は厚生労働科学研究費補助金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」により行った。本稿は平成16年度調査の内容をさらに分

析、検討した結果を示している。

文献

- 1) 地域保健従事者の資質の向上に関する検討会・地域保健従事者資質向上検討会のための調査研究委員会編：地域保健を支える人材の育成・実態調査と事例からみた将来像。東京：中央法規，pp69-75, 2004
- 2) 厚生労働省健康局長通知：地域における保健師の保健活動指針について，平成15年10月10日付け健総発第1010001号，2003
- 3) 山田和子・平野かよ子・守田孝恵・他：地域保健分野における保健婦の新たな活動方法に関する研究，平成12年度厚生科学研究費補助金研究報告書，2000
- 4) 金子仁子・佐藤紀子・佐藤由美・他：町村支援に関わる保健所・保健所保健婦の機能に関する研究(その1)。保健婦雑誌55(3)：213-241, 1999
- 5) 大野絢子・佐藤由美・森陽子・他：保健師に求められる能力とその育成課題。北関東医学雑誌50(4)：367-380, 2000
- 6) 湯沢布矢子・北川定謙・植田悠紀子：これからの地域保健のあり方・保健婦の活動に関する研究，平成11年度厚生科学研究費補助金研究報告書，1999
- 7) 公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会：公衆衛生看護あり方に関する検討委員会活動報告「保健師のコアカリキュラムについて」中間報告。日本公衆衛生雑誌52(8)：756-764, 2005
- 8) 岡本玲子・塩見美抄・中山貴美子・他：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，平成16年度厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業報告書，2005
- 9) Skills for Health Organization : National Occupational Standards for the Practice of Public Health Guide, 2004
- 10) Community Health Nurses Association of Canada : Canadian Community Health Nursing Standards of Practice, 2003
- 11) Community Health Nurses in Australia : Competency Standards for Community Health Nurse, 2001
- 12) Quad Council of Public Health Nursing Organizations : Public Health Nursing Competencies 21(5) : 443-452, 2004

特
集

健康な地域社会をつくる保健師の予防活動

介護予防と保健師の機能

岡本 玲子

はじめに

介護予防の重要性は、介護保険法第四条（国民の努力及び義務）に、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と書かれているとおり、制度発足当初より強調されていた。このほどの大改正は、この介護予防の重要性を再度見直すものであり、問題とされてきた①予防の効果検証の不十分さ、②予防を要する対象者把握の不十分さ、③ケアマネジメントやケアプラン作成における個別対応の不十分さ、④予防の目標達成に至るサービス選択とサービス内容の不十分さ、⑤事業評価の不十分さ、などの改革を図るデザインが考えられている。

筆者は、これまでの介護予防の効果が期待を下回ったのは、介護分野と保健・医療分野が連動する包括的なケア体制・保健予防体制の構築に、われわれが十分力を注いでこなかったことが大きな要因ではないかと考えている。今こそ地域全体を包括的にみて課題を把握し、住民の権利の側から

方向性を判断するという活動特性をもつ、保健師の出番、腕の見せどころだと思わずにいられない。特に前述した問題②③④に保健師は直接的に貢献できる。

1. 介護予防は保健師の「保健予防活動」の一部である

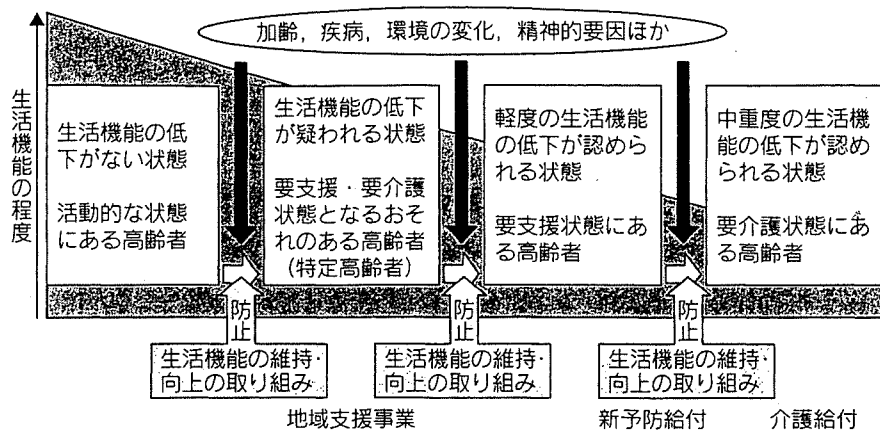
介護予防の水際作戦は、図1¹⁾の下部に「防止」と矢印で示しているように、どのような状態にある者であっても、生活機能の維持・向上を積極的に図れるように支援するための戦略である。

しかし、保健師なら知っているはずである。本当の水際は、多くの場合、実はもっと前にあることを。われわれは、例えば乳幼児期の食習慣が引き金になって児童期、青年期、さらにそれ以降ずっと潜在的な健康課題を抱える対象や、結婚後あるいは出産後に、就労後あるいは転勤後に、今までのライフスタイルががらりと変わることによって心身のバランスを崩しリスクをもち続ける対象を知っている。

介護予防を要する状態に陥りやすいリスクは、介護保険の対象の範囲にとどまらず、各年代に潜んでいる。ゆえに介護予防活動は、地域支援事業から始まるものではない。それ以前にも起点があ

筆者：おかもと れいこ（神戸大学医学部保健学科助教授）

0018-3342/06/¥250/論文/JCLS



- ・元気な高齢者であっても、加齢、疾病や環境の変化、精神的要因等をきっかけとして生活機能の低下が起こりうる。
- ・どの状態でも、生活機能の維持・向上の取り組みにより、生活機能の低下を防止することが期待される。
- ・とりわけ、生活機能の低下が疑われるまたは軽度な状態での「水際作戦」が、生涯にわたって生活の質（QOL）を維持する上で重要である。

図1 生活機能の程度と高齢者の状態¹⁾

り、予防給付に至るまでの一般高齢者および若い層も含んだ住民全体への予防活動が必須なのである。つまり介護予防は、「地域包括ケア」および「生涯を通じた健康づくり」の中に位置づけ、保健師の保健予防活動の一環として考えアクションプランを考える必要がある。

2. 保健師が行なう介護予防ケアマネジメントのポイントは「効果的な対象者把握」

図2¹⁾の介護予防事業の流れからわかるように、介護予防の重要なポイントは効果的な対象者把握にある。申請があった対象だけでなく、多くの住民にかかわる機会がある保健師は、地域の診療所の医師や学校の教員らと同じく、健康課題をもつ対象の把握を担える重要な位置にある。対象者把握は保健分野の保健師の専門領域なのである。

予防を要する対象は、ニーズが可視的ではなく、街ですれ違ってもわからない。保健師には、効果的な対象者把握のために、①潜在するリスクを的確にアセスメントして介護予防を要するニーズを明確にすること、②およびその前提として、母集団全体のアセスメントができる機会と場；ルート

およびネットワークシステムを創ることが求められる。

前者①について、介護予防のアセスメントは、疾病のアセスメントとは異なり生活がベースであり、多面的な視点から個々人がもつ背景や歴史、特性に配慮して行なわれる（表1）。保健師にはこの力量を獲得することと、それを発揮する活動が欠かせない。

3. 効果的な対象者把握の基盤は「住民とともに推進する地域づくり」である

前項で述べた後者②については、第一に住民同士の見守り合いと、住民による早期の対象者把握機能を向上させる機会と場の設定が大切である。なぜなら母集団全体のリスクを把握することは、保健師等の専門職だけで行なうことが数的労力的に到底不可能だからである。そして、この住民の力量を経年的に高めることに責任をもってかかわれる職種といえ、やはり保健師をおいてほかにはない。

保健師は、住民に介護予防のアセスメントの視点を学んでもらい、周囲の人々が生活機能低下を

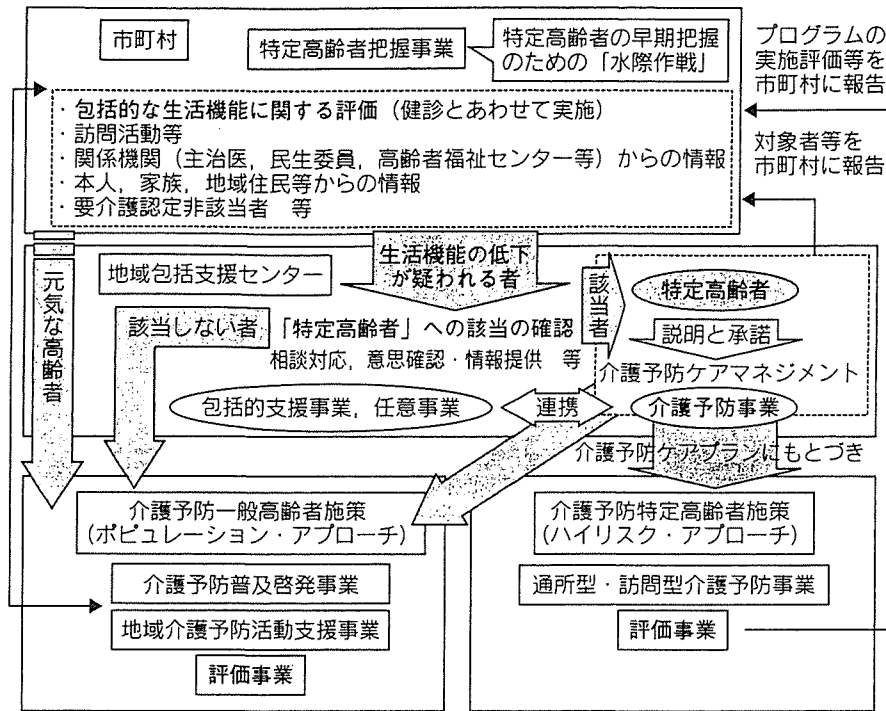


図2 介護予防事業の流れ¹⁾

表1 介護予防を要する高齢者のニーズの例

- ニーズ：今は加齢や疾病、環境の変化、精神的要因などにより生活機能低下が疑われる／起きているが、今までどおり／これからはこの程度の（ ）をしたい
- 運動・移動（ ）内の例
- 移動：自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス、電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動
 - 外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する
 - 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
- 日常生活（家庭生活）（ ）内の例
- 家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする
 - 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます
 - 仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける
 - 活動：地域の奉仕活動に参加
 - 経済生活：預貯金の出し入れや管理を続ける
 - 判断・決定：何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
 - 学習意欲・生活意欲：日常的に頭を使う、楽しみを見つける
- 社会参加・対人関係・コミュニケーション（ ）内の例
- 関係：家族仲良く過ごす、近所の人と良い関係で過ごす
 - 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする
 - 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
 - コミュニケーション：家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
 - 交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票
 - 楽しみ：趣味の会に参加する
 - 週に1回外出する、趣味をもつ
- 健康管理（ ）内の例
- 健康：毎年健診に行く、健康に関する講座に参加する、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する
 - 日常：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする

起こす引き金になる状況にないかどうか、注意を払ってもらえるようにする。引き金とは、風邪で寝込んだ後の閉じこもりであったり、ペットの死によるうつ状態であったり、身内にいわれたひと言による落ち込みであったり、人によってさまざまであるが、身近にいる住民同士ならその変化に気づける可能性が高い。住民同士が見守り合い、

助け合う地域ができることが、効果的な対象者把握の土壌となる。保健師は、地区組織活動や保健事業を通じて日頃から住民とのかかわりを深め、彼らが主体的に地域づくりを進めていけるように活動を展開する必要がある。

表2 対象者の把握ルートと把握方法

把握ルート	把握方法
<p>①当事者ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者本人、家族 <p>②住民ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 民生委員、地区健康推進委員、など ・ 隣人、親類、友人 ・ 自治会、老人会、公民館活動、ボランティアグループ、愛育班、当事者組織（患者会、家族会）、など ・ 新たに組織化する保健医療福祉関連の住民グループ、 <p>③民間ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 商工会、自営業者（銭湯、薬局、スーパー、理美容など）、農協、生協 ・ 各種 NPO、まちの保健室、各種サークル活動 ・ ローカルメディア（有線放送、地方ネット局など） <p>④行政ルート</p> <p><u>行政の各種事業・活動で専門家が把握</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防健診（市町村、委託医療機関） ・ 要介護認定被該当者 ・ 訪問活動等による実態把握 ・ 行政の保健活動（市町村保健センター、保健所）の保健師による家庭訪問、健康相談・健康教育等の事業など ・ 行政の福祉活動（いきいきサロン、各種事業） ・ 行政の総合相談窓口から ・ 行政の各種調査から：悉皆調査、実態調査 <p><u>地域包括支援センター運営協議会（仮称）など、地域のネットワーク、連携による把握</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 行政主催の各種連絡会、協議会 ・ 行政の関連部局（消防、警察、雇用、教育、交通、建設など） ・ 行政のイベント（市民まつり相談コーナーなど） <p>⑤関係機関ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関：家庭医・診療所・病院（内科、整形外科、耳鼻科、眼科、皮膚科、神経科など） ・ 民間療法（マッサージ、指圧、柔道整復、フットケアサロンなど） ・ 保健福祉分野の関係機関（高齢者福祉センター、社会福祉協議会、シルバー人材センターなど） ・ 産業保健の関係機関から ・ その他の関係機関から 	<p>当事者からの訴え・相談による把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人・家族からの行政や関係機関に直接相談 <p>住民の発見・気づきによる把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 民生委員による悉皆調査や、保健医療福祉にかかわる住民からの情報提供や紹介 ・ 対象者本人・家族にかかわる住民からの情報提供 ・ 地区組織や当事者組織など住民組織からの情報提供 ・ 介護予防を要する対象者の発見と気づきの重要性とポインントを啓発した住民からの情報提供 <p>民間組織等の発見・気づきによる把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域にあるあらゆる民間組織・団体からの情報提供、紹介 <p>専門職による包括的アセスメント、スクリーニングによる把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師等による検診時のスクリーニングや本人のセルフチェック結果の把握 ・ 介護保険給付申請非該当事例の情報把握 ・ 保健師、社会福祉士等による家庭訪問時や事業開催時のアセスメントや本人のセルフチェック結果の把握 ・ 各種健診の未受診者や、要指導・要治療判定後の未指導・未治療者の把握 ・ 住民と行政が連携して開催している活動から ・ 総合相談窓口でのスクリーニングから ・ 行政の保健福祉計画策定時等、各種調査実施時の情報把握 ・ 地域ケア会議等関係機関が協議する場での把握 ・ 消防署や警察からの通報 ・ 市民が集う行政主催のイベントでの把握 <p>専門職による包括的アセスメント、スクリーニングによる把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家庭医や病院など医療機関の医師やコメディカル職種からの連絡、紹介 ・ 民間療法職種からの連絡、紹介 ・ 関連分野の関係機関からの連絡、紹介

表3 効果的な対象者把握を行なうために市町村と包括支援センター（以下、市町村等）が行なうこと

(1) 当事者（被保険者、家族）に対して市町村等が行なうこと

目標：対象者となる被保険者本人や家族から、早期にもしくはタイムリーに申し出てもらえるようにすること

アクション：

- ①介護保険証発行時やパンフレット配布時など、被保険者と直接的・間接的に接する機会を通じて啓発活動や広報活動を行なうこと、具体的な内容としては、
 - ②介護予防の必要性と、予防を要する対象者の状態が理解できるよう説明すること
 - ③相談しやすいように、保健師等が相談に応じる専門相談窓口やその連絡先、どんなときに相談すればいいかの説明や勧奨を行なうこと
 - ④利用できるサービス（介護予防事業やその他の地域支援事業、介護保険以外のサービスや地域住民主体の活動など）について情報提供し、意義や効果を説明すること
 - ⑤自分の状態についてセルフチェックできる方法を提供すること
- 求められる体制：市町村の介護保険担当部署と地域包括支援センターを中心として、個別の対象者に支援機能を発揮する高齢者支援のネットワークシステム

(2) 地域住民に対して市町村等が行なうこと

目標：地域住民主体のネットワークによる対象者の発見・気づきの機能を高めること

アクション：(1)の①～⑤に加えて、

- ⑥地域住民への啓発活動・広報活動
- ⑦民生委員や地区健康推進員など行政とかかわる住民および自治会や老人クラブなどの地区組織との情報交換や学習会開催支援、
- ⑧リーダーとなる住民の発掘と彼らの力量形成支援、さらには、
- ⑨地域の見守りネットワーク（ご近所同士、小地域ネットワーク）の重要性を意識づけること、およびそのネットワークづくりを支援すること
- ⑩その基盤となる地域住民のヘルスプロモーションを推進すること（住民の健康とwell-beingの増進に向け生活者の視点を重視して地域活動を強化する）

求められる体制：地域住民と市町村の保健福祉担当部署、地域包括支援センター等が協力して形成する地域支援のネットワークシステム。（高齢者が生きがいをもって活動的に暮らすことを地域全体で支援するポピュレーション戦略の一翼を担う）

(3) 行政として（行政の委託機関として）市町村等が行なうこと

目標：1. ハイリスク高齢者をもれなくタイムリーに把握すること（専門的観点をもった質の確保を伴う） 2. 申し出のあった高齢者への相談機能を充実すること 3. 地域全体の対象者把握が有効に機能するようにネットワークシステムを整えること

アクション：

- ⑪介護予防を要する対象者と、包括的アセスメントおよびスクリーニングの視点を明確にし、的確に把握できる技能を高めること（研修、事例検討による学習などを伴う）
- ⑫対象者になる可能性がある高齢者がいつでもどこでも相談しやすいように、行政の介護予防専門相談窓口やその他の対応機関・対応できる場や機会を整え、それを明示・PR・広報すること（広報誌による間接的なPR、地域でのイベント参加（ブース開設等）や地区組織活動への参加・定期訪問などによる直接的なPR、緊急通報システムの普及、いつでも気軽に相談できるというイメージのアピールなど）
- ⑬地域住民や公的・非公的關係機関・関係者からの情報が集約でき早期に対応できるようなネットワークシステムをつくること、およびネットワーク参加機関の協議の場をもつこと（互いの役割や貢献、把握実態の相互理解と確認、介護予防に関連する制度やサービスの情報交換、対象者の介護予防支援ニーズに応じたサービス・メニューの開発など）

求められる体制：(1)(2)(4)を包含する総合的な地域支援のネットワークシステム

(4) 公的・非公的關係機関・関係者に対して市町村等が行なうこと

目標：関係機関・関係者によるハイリスク高齢者を把握する機能を高め、的確な把握を推進すること

アクション：⑪～⑬の活動に加えて、

- ⑭日頃から連絡調整や協力の体制を整えること、
- ⑮事業所の刊行物やパンフレットへの広報内容の記載推進、

求められる体制：公的・非公的關係機関・関係職種と市町村の介護保険や保健福祉等担当部署、地域包括支援センター等が相互に連携し支援機能を発揮する高齢者支援のネットワークシステム

4. 地域包括支援センターと保健分野、 両保健師のスクラムできめの細かい体制 づくりを！

もうひとつ、保健師の機能で重要なことは、目的達成を円滑にする体制づくりを行なうことである。例えば対象者把握を円滑に行なうには、対象者把握ルートをもち（表2）、その関連ルートをつなぐネットワークシステムを構築する機能が重要である。表3は、効果的な対象者把握を行なうために、市町村あるいは市町村とともに地域包括支援センター（以下、市町村等）が、地域住民や公的・非公的な関係機関と協力し、どのような活動を行ない、どのような体制を整えればよいかについて整理している。これらは、行政職であり、総合的企画調整機能をもつ保健師だからこそ行なえる機能である。

5. 保健師は介護予防ケアマネジメントと チームアプローチの推進役

最後に、ほかでもなく保健師、特に地域包括支

援センター保健師の重要な機能は、介護予防ケアマネジメントとチームアプローチの推進役である。介護予防ケアマネジメントでは「本人とチームによるプラン策定」を行なう。保健師には、対象者を中心に支援計画を構築する看護の力量と得意とする調整機能を駆使した、本人の自立に向けた目標志向型のプラン策定が期待されている。

個別支援から、ネットワークの体制づくり、地域を包括的にみた予防活動、住民の生涯を通じた健康づくり支援まで、保健師は、単に制度上の実施マニュアルに書かれている役割のみならず、柔軟でダイナミックな活動を行なえる職種である。介護保険制度の大転換期に際し、今後、保健師はこれらの機能を十二分に発揮するとともに、予防の効果検証や事業評価において保健師の貢献を数量的、記述的に評価し、広く世の人々に示していきたいものである。

文 献

- 1) 厚生労働省：ホームページ老健局トピックス。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/11/dl/tp1101-2a.pdf>



健康な地域社会をつくる保健師の予防活動

アメリカ・イギリス・オーストラリアにみるコミュニティ・ナース教育

Community Nurses' Educational System in U.S.A., U.K. and Australia

鳩野 洋子¹⁾, 岡本 玲子²⁾, Barbara Johnson³⁾
Rosamund Bryar⁴⁾, Moira Graham⁵⁾

はじめに

「保健師 Public Health Nurse」の呼称は、諸外国においてはあまり用いられず、所属の機関を示すものとして使われている。一方、看護師とは別免許を有し、その免許をもつものを「保健師」と呼ぶのは日本固有であることはよく知られている。この日本の保健師免許制度のあり方に対して、現在、主として看護師免許との一本化にむけた見なおしの議論が行なわれているが、その際にいわれることのひとつに諸外国における制度がある。すなわち諸外国においては看護師と教育も含め区別していないが、地域で働く看護職として R. N. 免許 (registered nurse) をもつものが活動しているということである。そこで本稿においては、限られた資料にもとづいた範囲ではあるが、諸外国におけるコミュニティ・ナース (本稿において「保健師」は日本の保健師と、海外において Public Health Nurse と標記されている場合にのみ用いる) の教育について3カ国について概観してみたい。

1. アメリカの場合

アメリカの場合、コミュニティ・ナースの教育は、学部、大学院レベルで提供されている。大学院修士課程では、コミュニティヘルス・ナーシングまたはホームヘルス・ナーシングの専門看護師 (Clinical Nurse Specialist) の養成が行なわれている。

アメリカの看護基礎教育の枠組みは、AACC (American Association of College of Nursing) が提示した The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice が広く用いられている。AACC は学部および高等教育に関する全国組織で、アメリカ全土の570校を超える教育機関が参加している組織である。2005年からは、加盟しているすべての教育機関でこの枠組みを用いることとなっている。枠組みの項目は表1に示したとおりである¹⁾。枠組みは臨床と地域を区別した形ではつくられていない。

AACC の提示した枠組みにもとづいた地域保健にかかわる基礎教育の実際に関して、George Mason 大学の「Community Health & Epidemiol-

筆者：1) はとの ようこ (国立保健医療科学院公衆衛生看護部室長)

2) おかもと れいこ (神戸大学医学部保健学科助教授)

3) Barbara Johnson (City University London, School of Nursing & Midwifery Senior Lecturer)

4) Rosamund Bryar (City University London, School of Nursing & Midwifery Professor)

5) Moira Graham (City University London, School of Nursing & Midwifery Ph. D. Student)

表1 American Association of Colleges of Nursing
が提示した学部教育内容の枠組み

教養教育 (Liberal Education)
専門職の価値観 (Professional Values)
利他主義 (Altruism)
自立 (Autonomy)
人間の尊厳 (Human Dignity)
誠実さ (Integrity)
社会正義 (Social Justice)
コア能力 (Core Competencies)
クリティカル・シンキング (Critical Thinking)
コミュニケーション (Communications)
アセスメント (Assessment)
専門技術 (Technical Skills)
コア知識 (Core Knowledge)
ヘルスプロモーション・リスク削減・疾病予防 (Health Promotion, Risk Reduction, and Disease Prevention)
病気・疾病管理 (Illness and Disease Management)
情報とヘルスケアテクノロジー (Information and Health Care Technologies)
倫理 (Ethics)
人の多様性 (Human Diversity)
グローバルヘルスケア (Global Health Care)
ヘルスケアシステムと政策 (Health Care Systems and Policy)
役割開発 (Role Development)
ケア提供者 (Provider of Care)
ケアのデザイナー/管理者/コーディネーター (Designer/Manager/Coordinator of Care)
専門職のメンバー (Member of a Profession)

ogy」の2004年の授業形態、内容をみると、8月3日～12月8日まで、週に2回（2時間40分授業と2時間50分授業）行なわれていた。講義のほかインターネットで疾病動向データやコミュニティ・アセスメントの目的でカウンティの情報を収集すること等の課題が課されている。授業内容の項目だてはわが国で実施しても違和感はないが、時間的にはかなり短い印象を受ける²⁾。

またアメリカでは、教育と実践者それぞれの中心的な団体から構成された団体により、保健師の中核的な能力が「Core Competencies for Public Health Nursing」³⁾として整理されている。詳細な内容は別稿⁴⁾を参照いただきたいが、表2にその一部を示した。全8領域（分析・評価能力、政策立案・計画策定能力、コミュニケーション能力、文化的に適切な能力、地域における実践能力、基

本的な公衆衛生の能力、財務計画と管理能力、リーダーシップとシステム思考能力）、68項目の能力について、学士卒レベルとされるジェネラリストと修士卒レベルとされるマネジャーやCNS等のそれぞれについて、個人・家族に対してと、グループ・システムに対して求められる能力が、3段階（卓越している・理解している・知っている）で示されている。これをみる限り、学士卒レベルで求められる機能は個別のケアに焦点化されており、日本の保健師の特徴ともいえる集団・システムにむけての能力、管理的な能力に関しては、修士課程レベルとして整理されていることがこの中から読み取れる。

2. イギリスの場合

イギリスの地域で活動する看護職は、プラクティスナース（外来専門の看護師）、ディストリクトナース（成人・高齢者とその家族に対する活動を行なう）、ヘルスビジター（母子保健の専門家）、スクールナース（学校保健の専門家）、子ども専門地域看護師（小児、特に障害や疾病のある児を対象に活動）、精神専門地域看護師（地域精神保健の専門家）、学習障害専門地域看護師（社会サービス部門の施設に所属）、産業保健専門看護師（企業の職員の健康管理）と、専門分化されている⁵⁾。

看護師資格の取得には3年間の教育を基本としている。看護教育は1998年にすべて大学教育に移行された。とはいえ、日本のようにすべての入学者が学位をとる、ということではなく、イギリスの教育制度にもとづき、大学入学以前に受けた教育により、同じ3年間の教育を受けても Diplomaとなる場合と、Bachelorが得られる場合がある。いずれにしてもこの3年間の段階では地域看護の専門的な学習はしておらず、成人、小児、精神保健、学習障害の4つのうち1つだけの専門を取得することになる。

資格習得のための国家試験はなく、各大学にその権限が与えられている。そのため各大学は資格

表2 Quad Council が提示したアメリカにおける公衆衛生看護のためのコア能力（一部）

# 1 分析・評価能力		ジェネラリスト、スタッフ		マネージャー、CNS、コンサルタント、プログラマー、ベジヤリスト、管理者	
		個人・家族	集団・システム	個人・家族	集団・システム
1	問題を明確にする	◎	○	◎	◎
2	量的・質的データの適切に利用し、また限界を見極める	○	△	◎	◎
3	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	○	○	◎	◎
4	関連がある適切なデータと情報源を特定する	◎	○	◎	◎
5	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	○	△	◎	◎
6	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	◎	○	◎	◎
7	集められた量的・質的データに意味づけるために、地域と手を組む	N.A	○	N.A	◎
8	量的・質的データから妥当な推測をする	○	△	◎	◎
9	地域へのリスクと利益にかかわる情報を得て、説明する	○	○	◎	◎
10	データ収集過程、情報テクノロジーの応用、コンピュータシステム保管/検索方法を用いる	○	△	◎	◎
11	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	○	△	◎	◎

△知っている、○理解している、◎卓越している

N.A: 集団あるいはシステムに焦点をあ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あ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。

認定のための詳細な基準を有している。大学の審査結果は資格認定機関であるNMC (Nursing & Midwifery Council) に送られ、NMCに登録されると資格が得られる。NMCは各大学がNMCの定める基準に則ったプログラムを提供しているかを監視する役割がある。

3年間でBachelorのR. N.資格を習得することが可能な学生の場合であれば、1年目の看護専門教育の120単位を修得するとレベル4といわれるCertificationが与えられる。このCertificationを有するものは看護アシスタントして仕事が可能になる。その学生が2年次の120単位を習得したら、Diplomaの資格となる（レベル5）。そして3年次の課程（120単位）を修了し単位が認定されれば、Bachelor of Scienceの学士資格をもったR. N.資格となる（レベル6）。レベル6の地域看護の教育では理論と実践に関して半々の時間数が割りあてられており、London City Universityの場合、1週間のうち2日は大学、2日は実践、1日は自己学習になっている。

表3 City University London の MSc in Public Health のモジュール

コア科目
研究方法概論 (15 単位)
公衆衛生における社会学 (15 単位)
疫学・統計入門 (15 単位)
公衆衛生政策、戦略、管理 (15 単位)
公衆衛生 統合編 (15 単位)
ヘルスプロモーション (15 単位)
論文 (60 単位) - 必須
選択科目 - 最低 2 科目選択
疫学・統計方法論 (15 単位)
研究方法 上級 (15 単位)
ヘルスケア・ソーシャルケアにおける国際的な観点 (15 単位)
感染症 - コントロールと予防 (15 単位)

地域で活動する場合の最低条件はレベル6を有していることである。レベル6を取得した学生が修士コースに相当するレベル7の地域看護を学ぶコースに直接進学することは少なく、多くはいったん臨床現場に出て、再入学する。大学側でも2年間臨床経験を有したのちにコースを習得するこ

とを推奨している。表3はPublic and Primary Care Unit の MSc in Public Health の180単位のモジュールを示している⁶⁾。学位論文は必須である。

イギリスの地域で働く看護職は、日本のように別免許の形ではないが、レベルというかたちで資格を認定しているといえるだろう。

3. オーストラリアの場合

オーストラリアの保健医療制度は宗主国であるイギリスを下敷きにしているが、州や地域によって異なるものの、コミュニティ・ナースというと、日本の市町村保健センターに類似した機能をもつヘルスセンターを拠点に地域住民にむけて活動する看護職のイメージがある。その点前述2国に比較すれば、日本と類似した機能をコミュニティ・ナースが有する国といえるだろう。

コミュニティ・ナースの教育は大学教育を基本としており、看護学の修士課程・博士課程も有する(ただし3.5年で終了の大学もあり、すべての大学が4年制とは限らない)。看護教育の大学教育への移行は、1990年代に国のリーダーシップにより実施された。

地域看護活動の教育は、学士教育の中ですべての看護学生にむけて提供されている。地域看護の基礎教育の実際について、西オーストラリア州にある Curtin 工科大学の2001年の例を述べる。Curtin 工科大学の場合は、修業期間は4年間である。科目「Community Health Nursing」の授業期間は1学期間(12週間)で、うち8週間は講義と学内演習、4週が実習期間となっている。ただし、2週間すべての時間が地域看護の時間というわけではなく、週2回、2時間と3時間の授業時間の中で実施されている。実習は学生の希望も考慮し、ヘルスセンターや、非常に田舎の地域、変わったところでは監獄の中などでも行なわれている。各大学で必要単位を修得したものは、Nursing Board に申請し登録されると R. N. 資格を得ることはイギリスと類似している。

R. N. 資格を有することは、地域で活動する看護職としての最低条件となる。ただし、コミュニティ・ナースとして望んだ場所、望んだ職務内容での職を得るためには、コミュニティ・ナース関連(小児・学校保健等)の Certification を有していることが有利となる。そのため、地域で活動する看護職の Certification 習得の意欲は高く、そのための教育を提供をしている大学は多い。また自治体にもよるが、Certification 習得のための時間として職免の制度が認められている。

4. 3カ国の状況と日本の保健師教育

日本と3カ国の状況を比較し、共通していることは、近年において看護教育が急速に大学教育として位置づけられたということであろう。ただし大学教育といっても、すべてが日本のような4年生ではなく、またイギリスのように、必ずしも Bachelor として修了するものだけではない。

その中でのコミュニティ・ナースとしての教育と活動の結びつきをみると、大学教育を経て R. N. 資格を有することは、コミュニティで看護職として活動する最低限の資格であり、地域活動を展開する専門性をもったコミュニティ・ナースとしての知識や技術を担保するものとしては位置づけられてはいないことが伺われる。

どのような教育や制度が必要であるかは、社会から求められる能力や機能に依拠することはいうまでもない。そのことを基盤に保健師教育、資格のあり方の議論が行なわれることが必要であろう。

文 献

- 1) American Association of College of Nursing: The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice. 1998.
- 2) George Mason University College of Nursing and Health Science: Course Syllabus Spring. 2004.
- 3) Quad Council of Public Health Nursing Organization : Public Health Nursing Competencies.

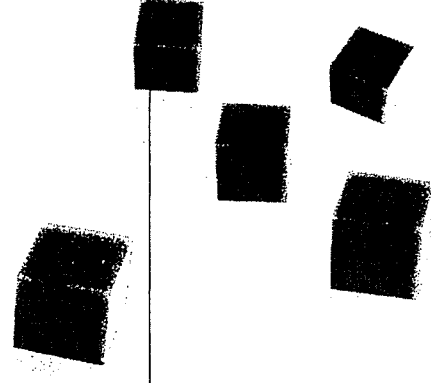
- Public Health Nursing, 21 (5): 443—452, 2005.
- 4) 鳩野洋子, 岡本玲子, 塩見美佐ほか: 米国・英国に学ぶ保健師に求められる能力明確化の試み. 保健師ジャーナル, 61 (9): 865—871, 2005.
 - 5) 岡本玲子, 塩見美佐, 中山貴美子ほか: 英国の地域看護職の専門性を高める仕組み. 保健師ジャーナル, 61 (8): 762—767, 2005.
 - 6) City University School of Nursing & Midwifery (London): BSc Specialist Practice in Public Health. 2005.

これからの 行政保健師に求められる コンピテンシー

岡本玲子

神戸大学医学部保健学科助教授

第1部
これからの保健師に
求められる
コンピテンシー



行政機関に勤める保健師（以下、行政保健師）の仕事は幅広く、求められるコンピテンシーも多様である。またそれは、社会のニーズによって変遷する。Spencerらはコンピテンシーを「ある職務または状況に対し、基準に照らし、効果的、あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性（長期間一貫性をもって示される行動や思考の方法）」と定義している。¹⁾

行政保健師は、憲法第二五条がうたう「国の公衆衛生の向上及び増進」を担える人材のなかで、歴史的・人数的にもっとも広い裾野をもつ第一線の地域保健従事者である。しかし現代は、住民の権利意識の高揚や価値観の変化、疾病構造の変化にともなうニーズの多様化、および核家族化やコミュニティにおける親密性の希薄化によるニーズの潜在化が生じている時代であり、保健師には、当然そのような個人や集団、地域全体をアセスメントして、優先度が高い健康課題と活動のターゲットを確認し支援するコンピテンシーが必須である。しかも近年、行政保健師の職域が拡大していることから、たとえば企画調整部門、介護保険制度関連部門などに配属された場合も、そこで求められる特殊な業務のほか、どここの部門に配属されようと保健師であれば果たすべき役割・機能のコアとなるコンピテンシーを明確にし（図1はそのイメージ）、

基礎教育や卒後教育にその育成プログラムを導入し、獲得に向けた体制整備を行なっていく必要がある。

日本の行政保健師のコンピテンシー

まず行政保健師のコンピテンシーとはどのようなものかについて概観しよう。コンピテンシーという言葉ではないが、近年、保健師の能力に関する研究が増している。能力とは、「広辞苑」によると物事をなしうる力という意味であり、コンピテンシーを包含する大きな概念である。厚生労働省の地域保健従事者の資質の向上に関する検討会や日本公衆衛生学会の公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会の報告では、地域保健従事者や保健師に求められる能力が包括的に検討されている。いずれも、基本的能力を示し、地域で生活する個人や家族、集団、地域の理解と支援能力、地域の関係機関との調整や社会資源の開発、事業や政策の企画立案・施策化といった能力を柱として構成している（表1の左から二・三列目を参照）。

これらの研究成果が示す保健師の能力は、構成や表現にすこし相違があるにしても、保健師活動の対象とするところ、活動の構成要素、展開過程に関する内容がおおむね一致しており、わが国における保健師の能力の概要と範囲を示