

【フォローアップ】 1日×1回

日程		テーマ	方法・時間	ねらい	分野
1回目 7/16 (水)	午前	・人材育成計画の中間評価のスーパーバイズ、コンサルテーションのあり方	演習：3時間	・スーパーバイズ、コンサルテーションができる。	I③④
	午後	・組織における現任教育の組織体制整備の中間評価（課題と対応方針） ・人事担当者を交えた次年度の保健師等の採用計画と配属、人材育成計画についての協議のあり方、人材育成の予算化	演習：3時間	・組織の人材育成力や体制整備を評価できる。 ・人事担当者とともに人材採用計画について考える。 ・人材育成で生じた職場の環境改善や組織風土の育成できる。	I①～⑥ II①② III①～③

【後半研修・会議】 2日間

日程		テーマ	方法・時間	ねらい	分野
1日目 11/19 (水)	午前	・プリセプター及び部下の力量の評価について ・人材育成計画の年度末評価のあり方	演習：3時間	・管内の人材育成の実施について評価できる。 ・年度末評価のあり方を考える。	I④ II①②
	午後	・人材育成の施策 次年度の現任教育計画 保健師等のジョブローテーション案	演習：3時間	・現任教育を主眼としたジョブローテーションや、人材育成の推進に必要な部署と協働するための計画案について考える。	I②～④
2日目 11/21 (水)	午前	・研修企画担当者と人事担当者、管理者の上司を交えて人材育成計画についての話し合い	交流会	・人事担当者をはじめとする人材育成関連部署と協議し、施策への反映について考える。	II①②
	午後	・研修担当者、人事担当者と県保健所長・市町村課長との評価についての話し合い	会議	・管内関係者を交えて、人材育成の評価について話し合い、今後の課題や改善点について情報を共有し、解決策について協議する。	I④～⑥ II①②

厚生労働科学研究補助金（健康危機管理研究事業）
分担研究報告書

健康危機管理能力育成のための保健師指導者育成プログラム開発

分担研究者	宮崎 美砂子	千葉大学看護学部	教授
研究協力者	奥田 博子	国立保健医療科学院公衆衛生看護部	主任研究官
	春山 早苗	自治医科大学看護学部	教授
	牛尾 裕子	兵庫県立大学看護学部	准教授
	森下 安子	高知女子大学看護学部	准教授
	藤谷 明子	島根県保健環境科学研究所	保健師
	本間 靖子	千葉大学看護学部	助教

研究要旨

健康危機管理能力育成のための保健師指導者育成プログラム開発を目的とした。地域の健康危機管理は、保健所が中核的拠点となることから、保健師指導者として保健所の中堅後期保健師を対象とし、健康危機のなかでも自然災害への対応能力に焦点をあてて、保健所保健師としての自らの能力開発と保健所管内の市町村保健師の能力開発支援を含む保健師指導者育成プログラムの開発を目指した。その結果、地域の健康危機管理に対して経験豊かな7名の研究者による討議を段階的に行い、「災害発生時対応プログラム」、「平常時対応プログラム」の2つの保健師指導者育成プログラムを開発した。本プログラムは、保健所の中堅後期保健師が災害に対する自らの対応力を高めながら同時に、保健所管内の市町村保健師の災害対応力を高めていく支援を進め、それを通して保健所の中堅後期保健師としての能力を高めていく構造を有しているところに特徴がある。特に災害発生時対応プログラムでは「リーダーシップ」、平常時対応プログラムでは「パートナーシップ」が中堅後期保健師として育成される能力であるところに特徴があった。さらに災害発生時対応プログラムではケースメソッドによる状況性を重視した演習、平常時対応プログラムでは現地における実際の課題解決の取組みの実施により、実践的な判断力・行動力の育成を重視している点が共通していた。

キーワード： 健康危機管理能力、保健所保健師、中堅後期、プログラム開発

A. 研究目的

昨年度、本分担研究では、健康危機管理における保健師のキャリア・ラダーを検討した。その結果、Ⅰ新任期(1～3年)、Ⅱ中堅前期(4～10年)、Ⅲ中堅後期(11年以上)、Ⅳ管理者(管理者の職位にある者)の各ラダーにおける健康危機管理の「コア能力」及び「コア能力を支える能力」として、A 対人支援、B 地域マネジメント、C 組織管理の3側面に関する13能力を導出した¹⁾。

これを踏まえ、本年度は、組織の運営・管理及び人材育成において要となる、中

堅後期に相当する保健師指導者に焦点をあてて、健康危機管理能力育成のための保健師指導者育成プログラム開発を目的に取り組むこととする。

今日、自然災害、感染症の集団発生、汚染物質の流出事故などの不特定多数の人々の生命、健康、生活に重大な被害を及ぼす健康危機がしばしば生じており、自治体等の公的機関に所属する保健師にとって、健康危機管理は極めて重要な業務のひとつとなっている。

地域の健康危機管理の中核的拠点となっている保健所の保健師において、健康危機

管理に関わる現任教育・訓練の機会は、保健所などの組織や都道府県等自治体単位で実施される大規模災害や重大感染症に対する模擬訓練、自治体職員の研修の一環として行われる危機管理研修など保健所職員、自治体職員としての研修が中心であり、保健師職能としての現任教育として、保健所保健師としての危機管理能力育成に特化した体系的な現任教育プログラムは、現在のところ十分に提供されていない現状にある²⁾。

したがって、組織のなかでリーダーシップを発揮する立場にある中堅後期保健師が自らの健康危機管理能力を高め、かつ専門職集団としての健康危機管理能力育成にかかわる能力を高めることは極めて重要であり、本研究で取り組むプログラム開発の意義は大きいと考える。

(用語の定義)

本研究において、健康危機管理とは、不特定多数の人々の生命、健康、生活の安全と安寧が脅かされ、多大な被害を及ぼす、あるいは及ぼす恐れのある事態に対する組織的な活動であり、自然災害、感染症集団発生、人為的災害（事故等）を含むものとする。

B. 研究方法

地域の健康危機管理の実践・教育・研究に関して経験豊かな研究者6名を研究協力者として依頼し、分担研究者を含む合計7名の研究者により合計3回の討議を段階的に行い、保健所の中堅後期保健師を対象にした健康危機管理能力育成のための保健師指導者育成プログラムを作成した。

C. 研究結果

1. プログラムの基本的な考え方

1) 健康危機管理という業務の特徴の考慮
プログラム開発のうえで、健康危機管理

という業務の特徴を十分に考慮する必要がある。すなわち、まず健康危機管理業務は、日常的に経験を蓄積しながら熟練していく類の業務ではないという特殊性がある。全国の保健所保健師のうち過去に自然災害や感染症集団発生等の健康危機管理業務を直近の過去3年間に経験したことのある保健師は、筆者らの先の調査研究によると約50%に過ぎない³⁾。また健康危機管理に関する研修は約80%の保健所で「保健師の参加あり」であったが、「市町村保健師を含めた保健所管内もしくはブロック別等の単位での保健師の研修への参加あり」は、そのうちの40%に留まる⁴⁾。これらのことから、本研究で開発するプログラム対象となる保健所の中堅後期保健師自身がまず健康危機管理に対する取組み姿勢を高め、健康危機管理対応に必要な判断・行動についてのイメージを形成したうえで、健康危機管理対応についての役割意識をもって市町村保健師の健康危機対応力を高める支援ができるようになることが極めて重要である。

2) 保健師のキャリア開発に焦点をあてたプログラム

健康危機管理業務は、所属機関内外の様々な関係職種とチームを組んで取り組む組織的な活動である。したがって昨今では、そのような現状を踏まえ、健康危機管理に関する研修は、複数の関係職種合同の形態で行われることが多い。

本研究で開発するプログラムは、そのような複数の関係職種合同の形態によるプログラムを代替するものではなく、保健師という専門職業人としてのキャリア・ラダーを積み上げていくという観点から、職能として必要な能力開発プログラムのひとつとして位置づけるものである。

3) 保健師指導者育成プログラム全体の中での本プログラムの位置づけ

健康危機管理業務は、保健師に必要な能力を総合的に用いて展開していく活動である。活動の中でかかわる対象は、個人、家族、地域住民、関係職種等多岐にわたり、危機発生時には、主体的に迅速かつ確に情報収集し、自らの行動を組織的に位置づけながら活動を展開していくことが求められる。また平常時には、危機発生を想定した想像力が求められ、危機発生時の事前対応の体制づくりに向けて、関係者や地域住民の備えを動機づけ、関係者や地域住民が主体的に予防的な行動が取れるように、その牽引者・支援者として機能していく必要がある⁵⁾。

これらの健康危機管理に必要な能力は、保健師として必要な能力が前提となっており、健康危機管理はそれらの能力を総動員して行うことに特徴がある。したがって本研究で開発するプログラムは、中堅後期にある保健師を対象にしたキャリア・ラダーの一環としての人材育成プログラムの中に組み込み、そのひとつに位置づけて、計画され運用されることが適切である。

2. プログラムの概要

健康危機管理業務は、危機発生時の対応と危機発生に備えた平常時の対応に分かれることから、本研究において開発するプログラムは《災害発生時対応》《平常時対応》の各内容を作成する。それにより実践性の高いものを志向することとする。

健康危機の種別は、自然災害、感染症集団発生、人為的災害（事故等）など本来多岐にわたるが、本研究において作成するプログラムは、中堅後期保健師自身が自らの健康危機対応力を高めながら同時に、管内市町村保健師の危機対応に対する能力開発にかかわる構造をもつ必要があることから、本プログラムで素材として具体的に取り上げる健康危機の種別は、自然災害が適切であると判断した。自然災害の対応は市町村

が地域防災の観点から第一線機関となり、保健所は関係機関の調整や仕組みづくりの中核的拠点となることが期待されていること、また自然災害対応のなかには感染症への対応も含まれることから、自然災害を健康危機の素材とすることは、健康危機管理に関わる基本的事項が含まれることになる。

3. 育成目的

本研究で作成するプログラムの目的は、健康危機管理に対する業務推進及び市町村保健師を含む保健師の健康危機対応にかかわる人材育成のため、保健所の中堅後期保健師が能力を発揮できるようになることを目指すこととする。

4. 育成目標

本プログラムにより、育成したい中堅後期にある保健師の能力は以下のとおりである。

(1) 人を動機づける力

健康危機管理に向けて、組織内の保健師の関心を喚起し、取組の必要性を意識化させ、取組めるところから始めてみよう⁶⁾と動機づける力。

(2) 企画力・取組の体制づくりの力

現状分析に基づいて、取組が必要な課題を明確にし、事業としての企画、必要な取組の体制について助言できる力。

(3) 推進力

計画の実施、点検、評価のサイクルを動かし進めていくことに対して助言できる力。

(4) 評価力・業務改善力

目的に向けて実施した取組を評価し、今後の課題及び取組を方向づけることに対して助言できる力。

5. 育成対象

健康危機管理は保健所の中核的な機能であることから、本研究では保健師指導者は、保健所保健師を想定する。具体的には保健所の企画調整部門等に所属し、管内市町村保健師等の資質向上に向けた研修等の企画

を担当している中堅後期保健師とする。

6. 内容と方法

健康危機管理能力育成のための保健師指導者育成プログラムは、保健所に所属する中堅後期保健師を対象に、自然災害対応を想定した、《災害発生時編》《平常時編》の人材育成プログラムから成る。中堅後期保健師自身が自らの災害対応力を高めながら同時に、管内市町村保健師の災害対応の能力開発にかかわる構造をもったプログラムとした。

1) 災害発生時対応プログラム（別紙1）

保健所に所属する中堅保健師が自然災害発生時の自らの対応力を育成するための〈基礎編〉と、〈基礎編〉のプログラムを受講した中堅後期保健師が次いで保健所管内の市町村保健師を対象に、災害発生時の市町村保健師の対応力の開発にかかわる〈実践編〉の構造をもつ内容である。

(1) 基礎編

本プログラムの企画・実施は、県庁の現任教育企画担当保健師が担い、プログラムの受講対象は、保健所の中堅後期保健師である。

本プログラムの目的は、保健所保健師を対象に災害対応に対する取組への動機を高め、災害時に求められる判断力・行動力のイメージを形成することである。

目標は、a) 保健所中堅後期保健師の災害に対する意識を高める、b) 災害発生時の状況、組織内の立場において災害時に求められる判断・行動を具体的にイメージすることができる、c) 災害発生時に的確な対応を行うために、組織内の自己の立場において必要な災害発生時の取組について考察することができる、である。

科目展開の具体例は、①災害対応に必要な基本知識及び災害発生時の保健師の役割機能（講義 3 時間）、②ケースメソッドによる災害時対応の実践的理解（演習 3 時

間）である。

事実に即して作成された事例に基づいて、当事者の立場にたって意志決定を行い、さらに討議により考えや気づきを深めていく参加型授業であるケースメソッドの方法を用いた実践型演習とした。それにより不確実な状況下で多様な可能性を視野に入れて、その中で最善と思われる判断と意志決定をしていく過程を模擬的に体験し、災害に対する取組姿勢の動機を高め、実践的な理解が得られると考えた。

ケースメソッドに用いる事例は、先に牛尾が開発したケースメソッドによる災害演習事例⁶⁾を参考に、過去の実際の災害事例に基づきこのたび独自に作成した（別紙3）。

ケースメソッドを展開するうえでの課題提示は、「災害発生直後にどれだけ危機としての緊急性・重大性を認識でき、必要な対応を予測できるか」が、その後の危機対応において被害を最小に抑える意志決定に影響を与えると考え、初動期にあたる「発災後 24 時間以内のフェーズ0」、及び「発災後 72 時間以内のフェーズ1」の2場面とした。短期集中の3時間程度の演習において、初動期のこの2場面を含むことは必要不可欠であると考えた。

なおこの〈基礎編〉は年1回程度の頻度で繰り返して経験することにより、受講者は災害対応時の認識や取組姿勢をその都度刷新し維持することが期待できる。

(2) 実践編

〈基礎編〉を受講した保健所の中堅後期保健師が、次に保健所管内の市町村保健師を対象にして研修を企画・実施する側にまわり、市町村保健師の災害に対する関心、災害発生時の対応力を育成していく力を習得することを目的としたプログラムである。

科目展開の具体例は、①管内の市町村保健師を対象とした災害対応研修の企画・計

画策定及び実施に向けての準備（演習 3 時間）、②管内の市町村保健師を対象とした研修の実施（実習 3 時間）、③管内の市町村保健師を対象とした研修の評価（演習・講義 3 時間）である。

目標は、a) 管内市町村保健師の災害に対する意識を高める、b) 管内市町村保健師が災害発生時の状況、組織内の自己の立場において求められる判断・行動を具体的にイメージすることができる、c) 管内市町村保健師が災害発生時に的確な対応を行うために、組織内の自己の立場において必要な災害発生時の取組について考察することができる、である。

2) 平常時対応プログラム（別紙 2）

県庁の現任教育企画担当保健師が保健所の中堅後期保健師を対象にして行うプログラムである。保健所の中堅後期保健師が本プログラムへの参加を通して、保健所管内の市町村保健師に働きかけるという構造をもつ。

本プログラムの目的は、(1) 災害に備えるための平常時システムづくりの観点から、保健所の中堅後期保健師が能力を育成する、(2) 研修受講者である保健所保健師が災害に備えるための平常時ケアシステムづくりにおいて管内市町村保健師とパートナーシップを形成する力を育成する、である。

目標は、保健所の中堅後期保健師が、災害時に備えて平常時から対応が必要であり、かつ管内市町村保健師との連携が重要と考えられる課題について取り上げ、課題対応に向けての実践（調整、体制づくり・システム化）を通して、市町村保健師と連携して以下の a) ～ c) に取組み、平常時からの災害対応における市町村保健師の関心や対応力を高めることができること、とした。a) 災害発生を想定した平常時における地域診断（実態把握）、健康課題の抽出と検討、協働が必要な関係機関の抽出、協働体制づ

くりに向けての計画策定、b) 取組の実施（推進と調整）、評価、c) 取組をシステム・体制として、施策（事業、計画等）への位置づけを図ること、である。

科目展開の具体例は、①災害対応に必要な基本的知識、平常時の保健師の役割・機能（講義 3 時間）、②自己の課題の明確化・計画立案（演習 3 時間）、③現地研修（実習 15 時間）、④取組の経過報告・評価改善（演習・講義 6 時間）、⑤現地研修（実習 15 時間）、⑥経過報告及び評価（演習・講義 3 時間）、である。時間数は計 45 時間となるがこれを 6 か月かけて実施する。

プログラムの受講者である保健所の中堅後期保健師に取り組んでもらう自己の課題とは、保健所保健師としての日頃の活動から、災害に備える平常時ケアシステムづくりとして、特に管内の市町村保健師と共同して取り組むべき課題を意図している。たとえば、「災害時要援護者（難病患者・要支援高齢者・障害児者等）の平常時ケアシステムづくり」、「保育所・高齢者施設等の災害時マニュアルづくり」、「予防接種率向上計画の取組」等があげられる。これらの課題について約 6 か月程度の時間をかけて市町村保健師と共同してケアシステムづくりに取り組み、市町村保健師の平常時の災害時対応力を育成することにかかわる保健所の中堅保健師の能力を育てるプログラムである。科目展開の「現地研修」とは、受講者各自の所属現場において実地にケアシステムづくりに取り組む活動自体を指している。このように＜実践編＞は、実地研修型の内容から成っている。

7. 評価

災害発生時対応プログラムでは、災害対応に対して、保健所の中堅後期保健師自身がどれだけ災害対応への関心及び取組への動機を高め、さらに保健所管内の市町村保

健師に対して災害対応への動機、対応力を高める働きかけができたかという「リーダーシップ」が評価視点となる。

また平常時対応プログラムでは、災害発生に備えた平常時のケアシステムづくりに対して、保健所の中堅後期保健師が保健所管内の市町村保健師と共同すべき課題をどれだけの確に見出し、ケアシステムづくりに向けて市町村保健師と連携協働できたかという「パートナーシップ」が評価視点となる。

8. プログラムの推進ならびに運営体制

健康危機管理において必要とされる保健師の能力は、前述のように、保健師としての総合的な能力である。したがって中堅後期保健師に焦点をあてた、健康危機管理能力の育成にかかわる本プログラムは、中堅後期保健師を対象とした現任教育の一環として位置づけて、計画的に実施することが望ましい。

また本プログラムが育成する能力は、保健師のキャリア・ラダーの「Ⅲリーダーシップを發揮した活動の推進・評価の実施」、「Ⅳ自治体における対応策のシステム化」に関係するものである。したがって本プログラムの推進・運営は、保健師のキャリア・ラダーを管理する所属組織の現任教育担当部門が担うのが妥当である。ただし本プログラムが通常業務でその能力を育成しにくい健康危機管理能力の開発にかかわることから、プログラムの推進・運営にあたっては、助言者・スーパーバイザーとして、地域の健康危機管理に対して経験豊かな教育研究者、実践者等の関与が成果をあげるうえで意味をもつ。

災害時対応プログラムの〈基礎編〉は、年1回程度の頻度で、毎年繰り返して経験する機会を設けることにより、災害対応時の認識や取組姿勢をその都度刷新することができるので、より望ましいといえる。一方災害時対応プログラムの〈実践編〉及び

平常時対応プログラムは、中堅後期保健師としての時期に受講すべき必須のプログラムとして位置づけて計画的に経験するのが妥当である。

D. 考察

1. 本プログラムの特徴

1) プログラム構成

本プログラムは、地域の健康危機管理のなかでも自然災害に焦点をあて、保健所の中堅後期保健師が災害に対する自らの対応力を高めながら同時に、保健所管内の市町村保健師の災害対応力を高める取組を実地に進めながら、保健所の中堅後期保健師としての人材育成にかかわる能力を高めていくという構造を有しているところに特徴がある。

健康危機管理は平常業務と異なり、日常的に繰り返し体験しながら熟練していく類の業務ではない。それだけに中堅後期保健師として、他の保健師の健康危機管理能力の育成にかかわる能力を高めるというプログラム開発は、災害対応にかかわる保健師としての自らの能力開発と他の保健師の能力開発という二重の能力開発の意味が存在している。

本プログラムは、この二重の能力開発の意味を包含することによって、それぞれの能力開発が効果的かつ効率的に開発されるものと示唆された。災害発生時対応プログラムでは、〈基礎編〉のうえに〈実践編〉を積み重ねて中堅後期保健師がまず自らの災害に対する取組の動機を高め、初動期における判断・行動力を高め、次いで〈実践編〉では、市町村保健師の災害対応力を高めるといふプログラムの企画・実施にかかわりながら、自らの災害対応力を補強させる経験となっている。一方、平常時対応プログラムでは、災害に備えて平常時からケアシステム構築の必要性のある課題として、

特に市町村保健師と共同して取り組むべき課題を見出し、市町村保健師と連携しながらそのシステム構築に取り組むことにより、保健所の中堅後期保健師は判断・行動しながら、平常時における自らの災害対応力を、地域住民や他機関・他職種との調整、体制・システムづくりという観点において、能力開発しているといえる。

2) プログラムにより開発される中堅後期保健師の能力

災害発生時対応プログラムにおいても、平常時対応プログラムにおいても、保健所の中堅後期保健師が働きかける人材育成の対象は保健所管内の市町村保健師であるが、その能力開発にかかわることを通して、中堅後期保健師としての自身の能力開発が確実になされる経験になっているかどうか重要である。災害発生時対応プログラムにおいては、中堅後期保健師の「リーダーシップ」、平常時対応プログラムにおいては中堅後期保健師の「パートナーシップ」が開発されるべき評価指標であり、そのような点からも、これら2つのプログラムは、それぞれ特徴をもつ内容であるといえる。

3) プログラムの展開方法

災害発生時対応プログラムも、平常時対応プログラムもいずれも具体的な状況設定の中で判断・行動していく実践型研修の方法を用いている点で共通している。

災害発生時対応プログラムでは、そのねらいは、保健師の災害に対する取組対応の動機づけを図ることであり、ケースメソッドによる3時間程度の短期集中の演習により実施するところに特徴がある。発災後24時間以内のフェーズ0、72時間以内のフェーズ1に焦点を当て、災害の初動を方向づけるうえで極めて重要となる、事態の緊急性や重大性に対する認識、取るべき判断・行動のイメージを具体化させることを

重視した。

一方、平常時対応プログラムでは、災害に対する平常時のケアシステムづくりについて、市町村保健師と共同すべき現場の課題を取り上げ、市町村保健師と共に6か月の間、現地にて実地にシステムづくりに取り組む形態としたところに特徴があり、そこでの経験の意味づけと価値づけを提供できる助言者・スーパーバイザーがかかわることにより、実質的な能力開発となり得るであろう。

2. 今後の課題

本研究では、健康危機管のなかでも、特に自然災害を素材に用いて、災害対応にかかわる保健師指導者育成プログラムを開発した。それは本研究の対象が、保健師指導者であり、その指導者が他の保健師の人材育成にかかわる経験を通して、指導者の人材育成にかかわる能力開発を行うという前提があったためである。

健康危機管理能力を組織的に育成していくうえで中堅後期保健師に期待される側面は極めて大きく、それだけに本研究により開発したプログラムは意義あるものと考えられる。健康危機管理能力は総合的能力であり、関係職種とのチームワークにより成される組織的活動であるため、健康危機管理能力育成にかかわる多様な観点からの各研修で開発される能力を明確にしたうえでさらに本プログラムの特徴をより明確にしていく必要がある。

E. 結論

健康危機管理能力育成のための保健師指導者育成プログラム開発を目的とした。地域の健康危機管理は、保健所が中核的拠点となることから、保健師指導者として保健所の中堅後期保健師を対象とし、健康危機のなかでも自然災害への対応能力に焦点をあてて、保健所保健師としての自らの能力

開発と保健所管内の市町村保健師の能力開発支援を含む保健師指導者育成プログラムの開発を目指した。

その結果、地域の健康危機管理に対して経験豊かな7名の研究者による討議を段階的に行い、「災害発生時対応プログラム」、「平常時対応プログラム」の2つの保健師指導者育成プログラムを開発した。

本プログラムは、保健所の中堅後期保健師が災害に対する自らの対応力を高めながら同時に、保健所管内の市町村保健師の災害対応力を高めていく支援を進め、それを通して保健所の中堅後期保健師としての能力を高めていく構造を有しているところに特徴がある。特に災害発生時対応プログラムでは「リーダーシップ」、平常時対応プログラムでは「パートナーシップ」が中堅後期保健師として育成される能力であるところに特徴があった。さらに災害発生時対応プログラムではケースメソッドによる状況性を重視した演習、平常時対応プログラムでは現地における実際の課題解決の取り組みの実施により、実践的な判断力・行動力の育成を重視している点が共通していた。

文 献

- 1) 宮崎美砂子、奥田博子、牛尾裕子、春山早苗、本間靖子：健康危機管理における保健師のキャリア・ラダーの検討、保健師指導者の育成プログラムの開発、度厚生労働科学研究費補助金地域健康危機管理研究事業平成 18 年総括・分担研究報告書（主任研究者：佐伯和子）、17-25、2007.
- 2) 牛尾裕子、美濃千里、藤山明美、武藤紀子、山田洋子、石川麻衣：地域の健康危機管理にかかわる保健所保健師の現任

教育のあり方・方法に関する研究、地域の健康危機管理における保健所保健師の機能・役割に関する実証的研究、厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業平成 16 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：宮崎美砂子）、45-60、2005.

- 3) 宮崎美砂子、武藤紀子：保健所保健師の健康危機管理に対する活動体制・活動実態に関する全国調査、地域の健康危機管理における保健所保健師の機能・役割に関する実証的研究、厚生労働科学研究費補助金がん予防等健康科学総合研究事業平成 15 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：宮崎美砂子）、9-48、2004.
- 4) 前掲3)
- 5) 宮崎美砂子、牛尾裕子、春山早苗、錦織正子、松永敏子、藤本眞一、関龍太郎、藤谷明子、武藤紀子、山田洋子、石川麻衣：地域の健康危機管理における保健所保健師の活動指針、地域の健康危機管理における保健所保健師の機能・役割に関する実証的研究、厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業平成 14 年度～16 年度総合研究報告書（主任研究者：宮崎美砂子）、別 1-31、2005.
- 6) 前掲2)

F. 健康危機情報

なし

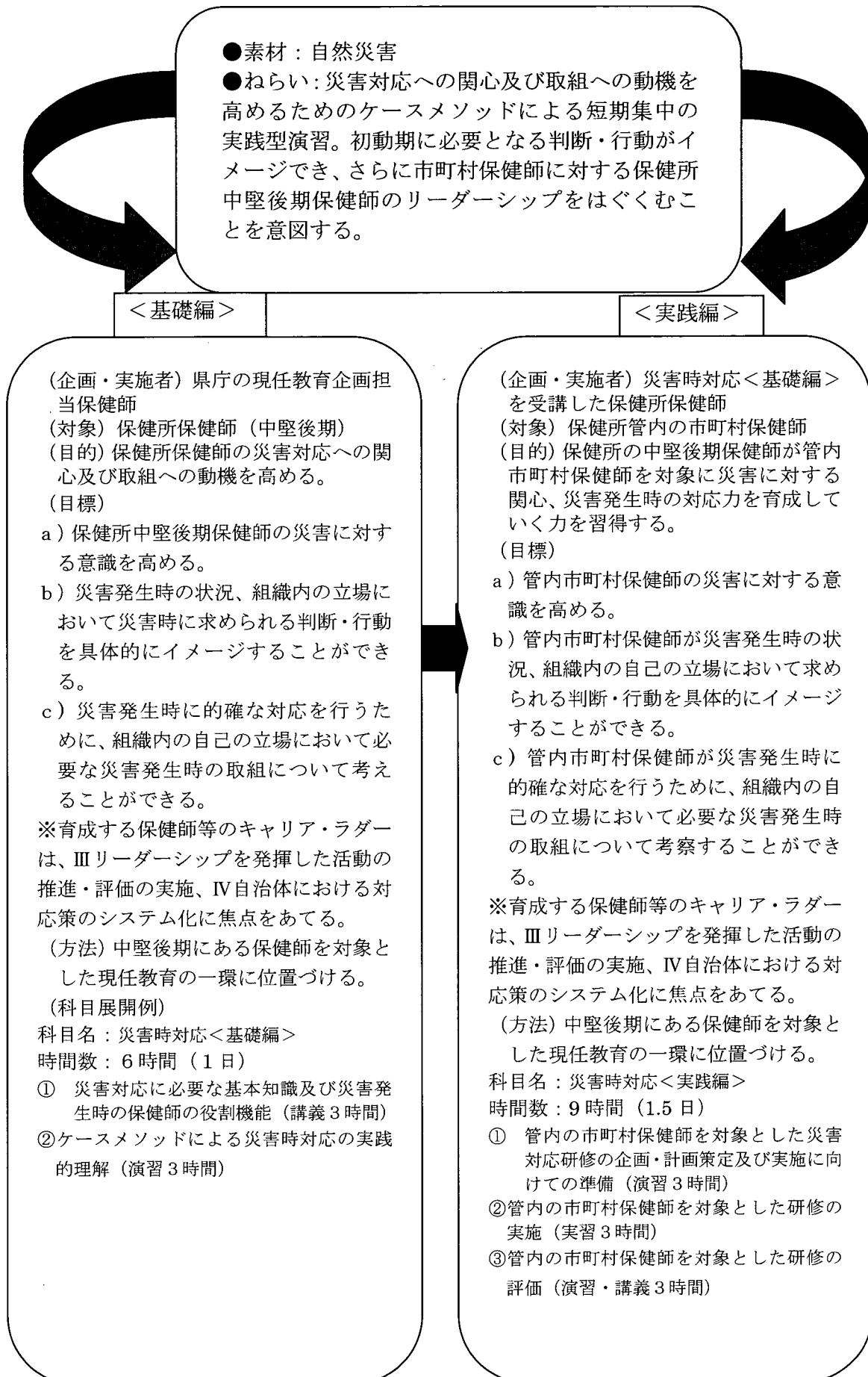
G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

別紙 1 災害発生時対応プログラム



別紙2 平常時対応プログラム

●素材：自然災害

●ねらい：災害に備えるために必要な平常時ケアシステムづくりに取り組む6か月間の実践型演習。特に市町村保健師と共同して取り組むべき課題を選定し、保健所の中堅後期保健師が市町村保健師と連携してケアシステムづくりに取り組む過程を通して、市町村保健師とのパートナーシップをはぐくむことを意図する。
(取組課題例) 災害時要援護者(難病患者・要支援高齢者・障害児者等)の平常時ケアシステムづくり、保育所・高齢者施設等の災害時マニュアルづくり、予防接種率向上計画の取組など

(研修企画対象者) 県庁の現任教育企画担当保健師

(研修受講者) 保健所保健師(中堅後期)

(働きかける対象者) 市町村保健師

(目的) (1)保健所保健師の災害に備える平常時ケアシステムづくりの能力を育成する。

(2)研修受講者である保健所保健師が災害に備える平常時ケアシステムづくりにおいて管内市町村保健師とパートナーシップを形成する力を育成する。

(目標) 災害に備えて平常時からのケアシステム構築が必要であり、かつ管内市町村保健師との連携が重要と保健所の中堅後期保健師が考える課題について取り上げ、課題対応に向けての実践(調整、体制づくり・システム化)を通して、市町村保健師と連携して以下のa)～c)に取り組む。それにより平常時からの災害対応における市町村保健師の関心や対応力を高めることができることをねらいとする

a)災害発生を想定した平常時における地域診断(実態把握)、健康課題の抽出と検討、協働が必要な関係機関の抽出、協働体制づくりに向けての計画策定

b)取組の実施(推進と調整)、評価

c)取組をシステム・体制として、施策(事業、計画等)への位置づけを図ること

※育成する保健師等のキャリア・ラダーは、Ⅲリーダーシップを発揮した活動の推進・評価の実施、Ⅳ自治体における対応策のシステム化に焦点をあてる。

(方法) 中堅後期にある保健師を対象とした現任教育の一環に位置づける

(科目展開例)

科目名：災害に備える平常時ケアシステムづくり

時間数：45時間(6か月かけて実施)

- ① 災害対応に必要な基本的知識、平常時の保健師の役割・機能(講義3時間)
- ② 自己の課題の明確化・計画立案(演習3時間)
- ③ 現地研修(実習15時間)
- ④ 取組の経過報告・評価改善(演習・講義6時間)
- ⑤ 現地研修(実習15時間)
- ⑥ 経過報告及び評価(演習・講義3時間)

(別紙 3) ケースメソッド演習事例：地震災害編（地方都市型）

※本事例は研究協力者の奥田博子氏の協力により作成されたものです。

A保健所 管内人口約10万人 1市1村（B市人口約9万5千人、C村人口約5千人）
保健所保健師は健康福祉部地域保健課に課長を含め5名が配置されている。
市町の保健師数は、B市22名、C村3名。
2007年7月(月・祝) 10時13分 震度6強(M6.8)の地震が発生。

あなたは、A保健所の課長以外の保健師の中で最年長の保健師（係長）です。
地震発生当日は祝日で、勤務先である保健所から通勤に車で40分を要する、隣接の保健所管内市街地の自宅にて被災にあいました。発災直後から、電気、ガス、水道のライフラインはすべて止まり、固定電話はつながりにくい状態となっていました。自宅は室内の家具等が倒れ、散乱しましたが幸い大きな被害はなく、自宅にいた他の家族にもけが人はありませんでした。地域の防災放送で、震源地が勤務先保健所管内近辺であり、被害も管内の市に集中している情報が得られました。また、自宅から保健所管内までの主たる交通機関であるJRは線路の崩壊により不通となっていることなどを把握し、自家用車にて被災地にある保健所へと車を走らせました。

自宅から保健所先までの道路では、倒壊した住居や店舗でふさがれている箇所が多数あり、また、信号機の停止による混乱なども加わり、交通量も増えて渋滞が発生し16時頃ようやく保健所へ到着することができました。到着時、すでに保健所長はじめ、保健師も課長を含め3名が出動してきていました。また、DMATの第一陣チームが管内のB市内にある災害拠点病院に到着し、被災地での医療救護活動が始まっていました。さらに、他県からの日赤医療チームも続々と到着してきていました。

県庁からは、保健所管内市町村の被災状況や、保健師の応援要請の必要性と、必要とするならば、おおよその規模（人数）、期間、支援依頼活動内容の連絡がほしいという電話も入っています。

(課題 1：フェーズ 0 被災後 24 時間以内)

あなたは、何からどのように取り組みますか。

< 論点・解答例 >

1.現状把握が必要なことには、何がありますか？

- ①管内の被災状況
- ②被災市町村の状況
- ③被災地市町村の保健師活動状況

2.保健活動の体制整備をどのように確立していきますか？

災害発生時、効果的に保健・福祉活動を実施するためには医療・保健・福祉分野の連携と調整が不可欠となる。各市町村において災害対策本部が立ち上がると同時に、保健所管内においても管内対策本部(仮称)を立ち上げ、県庁、市町村、関連部署との連携・調整機能を早期からスムーズに実施できるように本部との連携を密にする。

- ①保健所内での被災地支援体制(対策班)の整備・運営
- ②被災地市町への人的支援の調整と派遣計画立案
- ③関係機関、部署との連携・調整
- ④災害要援護者の把握と支援方法の確立
- ⑤通常業務の調整(当面の対応方針の決定;中止、延期、応援要請など)

H19の新潟中越沖地震においては、保健所、市、村、各機関において把握されている災害要援護者について、台帳などを活用し、地域の民生委員や自治会住民、関係機関の協力も得て、安否確認を当日より実施していた。

3.市町村の支援の判断と方法は？

新潟中越沖地震時は、被災当日より管内の市町より保健所への支援要請があった。

保健所の保健師の中から、複数地担当制で、B市、C村各々2名を担当者として位置づけ、町や役場へ出向いて被災地活動支援を開始した。

しかし、保健所保健師が5名しかいないため、県庁へ管内勤務経験のある保健師の応援要請をし、応援派遣師もB市、C村担当者として各1名配置し、保健所保健師は、保健所における全体活動を担った。

- ①被災地全体の情報収集および関係機関との対応、人材の配置、被災地活動全般にわたる企画・調整を含めた統括的な役割を担う保健所保健師の応援体制の確立
(保健活動計画策定支援、活動調整、スタッフ派遣調整、カンファレンスなど企画・運営)
- ②救命救護活動支援(被災者の安全確保、救護所の設置、住民への周知など)
- ③避難所被災者支援(避難所の設置・運営、健康管理及び処遇調整、衛生管理および環境整備、生活用品確保や調整、プライバシーへの留意、避難所運営担当部署との連携・役割分担、住民リーダー・自治会責任者などとの連絡調整、福祉避難所の設置検討)
- ④地域被災者全般(保健・福祉・介護保険など各部署との連携による災害時要援護者の安否確認)

災害後2日以内には保健所の保健師は全員出勤しました。保健所長は主に、災害医療コーディネーターとして医療救護班活動の調整にあたり、避難所における救護班配置による診療活動が開始されました。管内の市、村には当初県の保健師が出向き、調整にあたっていました。県内応援として被災地保健所にて勤務経験のある保健師が市や町の担当者として県の保健師とともに役場へ出向いて被災地活動の支援を開始しています。避難者数は、震災の翌日にピーク(管内総数116か所、約12000人)となりました。県外派遣保健師も3日目から順次、被災地に入り支援が得られることになりました。

(課題2: フェーズ1 その後72時間以内)

県内応援保健師、県外派遣保健師を含めた活動をどのように計画し、すすめていきますか。

< 論点・解答例 >

1.この時期、予測される健康課題は何ですか？

フェーズ0から引き続き、被災による外傷など生命・安全の確保が最優先される時期である。また、慢性疾患などの治療中断や、災害時要援護者などへの留意が必要である。あわせて、飲食物、上下水道、廃棄物、破壊された建物など被災による影響に応じた環境要因によって健康障害がもたらす影響を予測する。さらに、車中泊などの避難環境によって生じるエコノミークラス症候群への早期喚起も必要である。

新潟中越沖地震では、被災が真夏であったため、暑さ対策(熱中症、感染予防など)の対策が初期から問題になった。

2.避難所での支援活動には誰とどのような連携・協力が必要ですか。

市町村が設置した避難所には、運営全体の責任を担う管理責任者が配置されている。

健康管理のリーダーシップは保健師や看護職に求められる。複数の看護職が配置される場合は、専門性やローテーションも、考慮しリーダーを決めて、役割分担のもとに健康支援にあたる。避難所における医療・保健活動に関する状況は随時、市町の保健・医療救護部署と連携を持つが、避難所の責任者を通じて市町災害対策本部へも報告が上がるように、また、関係者が共通の目的、や問題の共有が図れるように、毎日定期的にミーティングを持つことも避難所における効果的な支援には重要である。

3.被災地保健師、応援保健師、派遣保健師の活動の分担や連携をどのように考えますか？

被災地保健師は、従来からの支援ケースや地域関係者との連携・調整に重きをおきながら、応援や派遣保健師の活動報告から、被災地の状況を把握し、必要な情報の提供など地域のコントローラーとして活動にあたる。

応援保健師は、保健所保健師の補佐的な役割を担い、市町一県保健所との連携調整の要となるように、市町の被災地活動の推移を把握しながら支援計画策定にもあたる。

派遣保健師は、大規模避難所などの担当制とし、避難所における医療・保健活動や、近隣の地域の住民の被災後の健康状況の把握などに従事する。

また、中長期的支援を見越した被災地の職員の健康管理の留意と勤務シフトの配慮(休暇の確保)も欠かせない。

厚生労働科学研究補助金（地域健康危機管理研究事業）
外国人研究者の招へい事業報告

地域保健における指導的立場の人材（保健師）のコアとその育成

講師 カニタ・ヌンタボット タイ コンケン大学看護学部 准教授
分担研究者 平野 かよ子 国立保健医療科学院公衆衛生看護部 部長
主任研究者 佐伯 和子 北海道大学医学部保健学科 教授

研究要旨

外国人研究者の招へい事業にて、タイのコンケン大学看護学部地域看護学准教授カニタ・ヌンタボット博士を招き、「タイ国における保健師の現任教育」「タイ国におけるヘルスプロモーション活動」について講義および意見交換を行った。タイではヘルスプロモーション活動の実践として、予防と健康増進を行っていた。ヘルスプロモーション活動において看護の対象となる人々の90-95%は地域で生活する人々で、施設に入院・入所しているのは5-10%である。しかしながら、看護職の配分は地域看護に従事する看護職が看護職全体の5-10%に過ぎず、この看護職の配分を地域看護に向けヘルスプロモーション活動を推進する必要があると国の政策に働きかけ、地域看護の充実を図っている活動が報告された。

また、地域で働く看護職の教育体制を2008年から4年の大学教育を5年にし、教育体制の充実が図られようとしていた。さらに、これらの基礎教育と連動させた卒後の教育研修であるアドバンスコースの必要性が強調され、これらのアドバンスコースも大学教育が担っていた。当面わが国の地域看護を担う保健師の卒後研修は、大学の教員数等の問題もあり、採用側が現任教育で新任者教育を担わなければならないことになる。そのためには、新任者を育成する指導者を育成することの重要となり、本研究目的である指導保健師の育成プログラムの開発の重要性を確認することとなった。

キーワード：ヘルスプロモーション、現任教育、看護師教育

A. 招へい目的

厚生労働科学研究（地域健康危機管理研究）推進事業に係る平成19年度外国人研究者の招へい事業にて、カニタ・ヌンタボット博士を招へいした。講師のカニタ・ヌンタボット博士は、タイにおける地域保健看護システムの確立のため、主任研究者として研究プロジェクトを実施し、政府に提言を行った。政府に対する働きかけとして、カニタ氏らは2002～2003年に主要なプライマリケア提供者として看護師を提案し、

2004～2005年にプライマリケアにおける看護ケアの基準化や、ケアモデル/パッケージ開発を推進した。2005年からはプライマリケアの看護ケア認定や、ケアモデル/クオリティーのためのパッケージテストを推進した。

国の政策を変える研究活動を推進したカニタ氏より、「タイ国における保健師の現任教育」「タイ国におけるヘルスプロモーション活動」について講義および意見交換を行った。

B. タイでの地域保健看護システムの確立における活動

適切なプライマリケアを提供していくため、地域看護プラクティショナー(CNP)の必要性について、カニタ氏は年間10回のフォーラムを開き政治家に働きかけた。政治家に対し、1. NPは医師より教育にかかる費用は高くない、2. 看護師は人々へのケアの経験があり、加えてプライマリーな医療ケアのトレーニングをしている、3. 多くの看護師はコミュニケーション、ティーチング、コンサルテーションの技術をもっている、4. 他のヘルスケア専門職に比べ看護師数は非常に多い、5. プライマリケアは高度なテクノロジーをほとんど扱わないが、高度な技術は扱う、6. わずかではあるが医師が必要となる、ということを伝えた。

プライマリケアユニット(PCU)には看護師(RN)とNPの2人がおり、看護師1人当たり250世帯、1,200人のケアを担当している。中核サービスは、予防とリスクの軽減、健康増進とリハビリテーション、治療と在宅ケア、スクリーニングと検診、相談・指導・教育、地域のエンパワリングである。対象とする集団は高齢者、女性、子ども、障害者、慢性疾患である。PCUにおける看護職数は増加しており、7,800のPCUに15,600人の看護師が配置されるべきであり、10年間で10,000人のCNPと、10,000人のRNの教育が必要となっている。

CNPを準備するための教育プログラムにおいて、カニタ氏は「地方のヘルスデマンドに敏感になること。地域に適したヘルスケアやマネジメントにおける解決等、適切な戦略デザインに関する能力をもつこと。地方のヘルスケアマネジメントを学ぶプロセスを促進すること。知識やマネジメントのプロセスをとおして地方の健康状態やヘルスケア、QOLをサーバランス、モニター

をすること。」が重要であると語った。

カニタ氏はプライマリケアサービスシステムの新しいモデルを探索するために調査を行い、新しいヘルスシステムにおける看護師の役割や機能を提案した。プライマリケアサービスを遂行する中で看護職の可能性を確信し、看護サービスや看護師の基準を設立した。また、CNPやアドバンスプラクティショナー(APN)として期待される看護師のための教育的準備モデルを再計画した。地域ヘルスケア、マネジメント、サービスデザインのためのモデルを調査し、プライマリーメディカルケアにおける看護師の自律に向け働き、合法化した。フォーラム、カンファレンス、セミナー等をとおして、看護師間で健康や看護の新しいパラダイムの中にシフトしていくことを求めた。

キャリアパスのデザインとして、タイでは認定コースにおいてRN等(学士レベル)が1~4ヶ月間の特別なトレーニングがある。修士レベルは8領域あり修了後はAPNとなる。カニタ氏は、タイの看護師教育において基礎教育を5年に延ばすこと、地域看護を1年延ばすことが必要であると語った。現在、大学院教育とは別に、卒後数週間から数ヶ月間の教育を行っている。サービスにおけるトレーニングでは、「地域の社会資源と資源の掘り起こし」「地域の健康状態、健康リスクと問題のアセスメント」「総合的・地域保健介入、ケア、プログラムの計画と実施」「保健政策と合意形成」の4つの中核機能、敏速なエスノグラフィを活用した地域アセスメントプロセス、コミュニティーヘルスにおける質的研究、開発および研究、特定集団のためのケアガイドラインがあるとカニタ氏は説明した。

最後にカニタ氏は看護教育施設での力量形成として、研究と知識の開発、コミュニケーション、ネットワーキングと地域の核となる組織機関の開発が重要であると語つ

た。そして「サービスの全ての領域における看護の役割と機能をレビューすること」「看護ケアのターゲットを確認すること」「ヘルスケアにおける鍵となる関係者を確認すること」が大切であると説明した。

C. 研究成果

タイにおいて、ヘルスプロモーション活動で看護の対象となる人々の 90-95%は地域で生活する人々であり、施設に入院・入所しているのは 5-10%である。しかしながら、看護職の配分は、逆に地域看護に従事する看護職は看護職全体の 5-10%に過ぎず、多くの看護職が臨床看護に従事している。カナタ氏は、この看護職の配分を、より地域看護に向けることでヘルスプロモーション活動を推進する必要があると国の政策に働きかけた。この働きかけは看護系の大学教員が看護政策に積極的にかかわり、看護政策審議会メンバーとなることで実現できていた。

また、地域で働く看護職の教育体制を 2008 年から 4 年の大学教育を 5 年にし、教育体制の充実が図られようとしていた。さらに、これらの基礎教育と連動させた卒後の教育研修であるアドバンスコースの必要性が強調され、これらのアドバンスコースも大学教育が担っていた。

わが国においても教育関係者が、地域看護を担う保健師の基礎教育および卒後研修のあり方に関して政策提言するなり、より積極的に政策に関与することの必要性が示唆された。また、大学が基礎教育と卒後研修を担うことは、日本の看護の基礎教育のあり方に大きな示唆を与えるものであった。

当面わが国の地域看護を担う保健師の卒後研修は、大学の教員数等の問題もあり、採用側が現任教育で新任者教育を担わなければならないことになる。そのためには、新任者を育成する指導者を育成することの

重要となり、本研究目的である指導保健師の育成プログラムの開発の重要性を確認することとなった。

タイにおいては実践の場における活動内容が、地域における「看護の機能」として詳細に列挙され、基礎教育において獲得すべき能力が明確になり、教育内容と教育目標が明示されていた。看護教育の内容としては、環境整備を含むヘルスプロモーションに関することと、ライフコースマネジメントとして母子保健看護、高齢者保健看護、障害者保健看護などの各論についても明記され、さらに地域看護活動に必要なアドバンス的な内容も取り込まれていた。

D. 成果の評価（アクションリサーチの重要性）

タイでの試みは、まさしくアクションリサーチそのものである。理念をもとに実践の改革を進め、その過程を記録しながら、実践を改善しようとするものである。本研究においても、今後アクションリサーチを取り入れ、実践者と共同して研究を進めることで、本研究で開発した教育プログラムを検証し、その過程が次の指導者育成体制整備と教育内容と方法の精練につなげることに反映させていくこととした。

E. 健康危険情報

特記すべきことなし

F. 研究発表

特になし

G. 知的財産の出願・登録状況

特になし

The activities and education of nurses who work in the community in Thailand

Associate Prof. Dr. Khanitta Nuntaboot
Faculty of Nursing Khon Kaen University
Khon Kaen Thailand

PC system milestones

Nuntaboot, 2004

2002-3	2004-5	2005-
<ul style="list-style-type: none"> •30 bath scheme •Uninsured •Primary care infrastructure •Roles and functions of PCU •Competent providers •Family practice clinic & Primary care unit 	<ul style="list-style-type: none"> •Financial management: 2 systems: per capita, DRG (drug list, price list, CPG, etc.) •Increase coverage of uninsured •Primary care models/packages/ techniques •Roles and functions of providers •Preparation of providers 	<ul style="list-style-type: none"> •Financial management: reimbursement, CPG •Coalition of all insurance schemes •Quality development of primary care models/packages/ techniques •Competent providers •Preparation of providers •Mechanism for quality control: providers, information, services, etc. •Accreditation of nursing care at PC
Proposed nurse as prime primary care provider	Standards of nursing care at PC Urge for care models/packages development	Urge for care models/packages test for quality

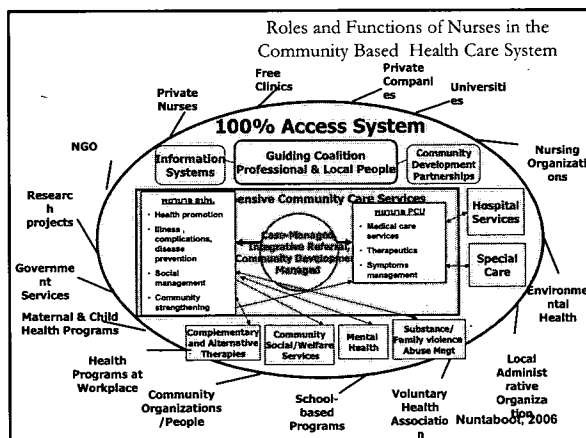
Impacts on nursing services system design

1. Establishment of PCUs has brought better of services to people near their home
2. Increase physical access
3. Reduced costs of health care services particularly for those living in the rural areas, those with chronic conditions, the poor and the senior citizens
4. Quality of services provided in health centers could have been improved by having professional nurses in these health centers.
5. Indeed, orientation training, development of primary care curriculum, and other training programs for staff, together with an MoPH explicit policy for development of PCUs, would also be needed (Samrit and Sinchai, 2005)

Impacts of health system reform, National Health Acts and National Health Security Acts

Social demands on nurses' role changes and functions expanded

- From cure to promotion and prevention
- From clinical nurse to community nurse
- From hospital care to community and home based care
- From episode of care to continuous care
- From professional to holistic care
- From providers side to people side
- From national to local health care management



TAO

Target population

1. general population by area
2. Groups at risk
3. Aged, children, women
4. Groups with special care needs; disabled, poor, etc.

Services focus

1. Health promotion
2. Diseases and illness prevention and surveillance
3. Rehabilitation
4. People empowerment
5. Population focused

Needs social and communication competences

1. With positive attitudes
2. Florence N of the community: image & dignity
3. Humanity and spirituality hands-on for holism aspect
4. Transfer and assessment

PCU.

Target populations

1. Chronic illnesses
2. Aged
3. Those with clinical and medical care demands

Services focus

1. Continuing care
2. Therapeutics basic medical services deformities and complications preventions rehabilitation
3. Needs clinical competences

Clinical skills + trainings

1. Clinical analysis
2. Focus on problem solving process and capabilities

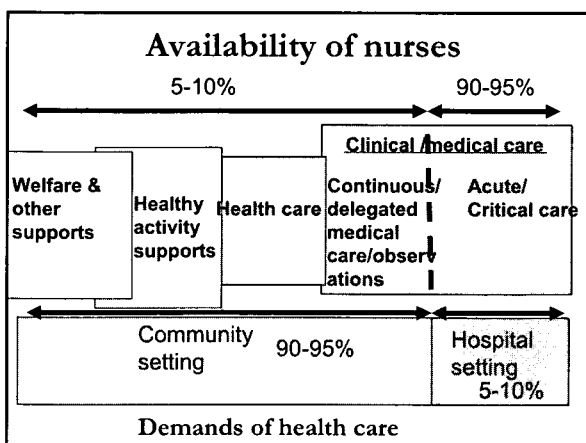
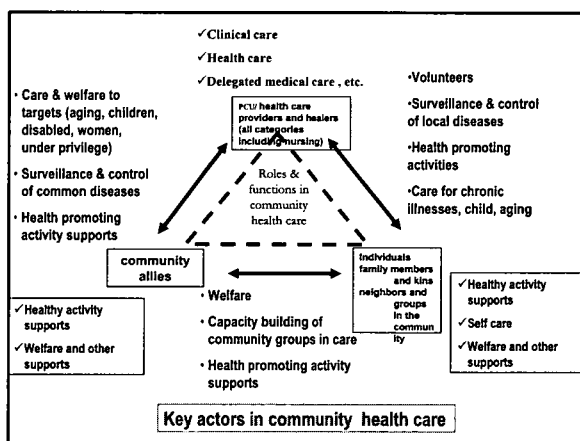
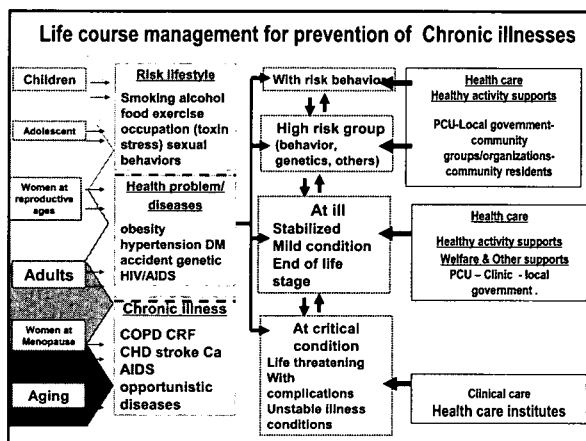
Nuntaboot, et., all. 2006

Systematic process used in community health nursing practice: 4 core functions

1. community social capital, including community culture, and resources identification as key actors for community health care system
2. community health condition, health risks and problems assessment to identify health care demands of the people
3. comprehensive community health interventions, care, services, and programs design and implementation, and
4. health policies/agreements development at local community level and to drive state and national level, for collaborative endeavors and actions.

6 areas of community health care work in Thailand

1. ensure essential and accessible health care to the underserved/underprivileged identified by the local community
2. provide comprehensive disease/illness management especially for chronic illnesses
3. ensure comprehensive health care and welfare provided to the aged up to their health care demands
4. manage for all common ailments that require basic medical care and delegated medical treatment and observations
5. surveillance and control of all local diseases, both communicable and non communicable diseases (lifestyle diseases)
6. encourage community allies for community development initiatives and programs that are enhancing and promoting people's health through health behavior, healthy living conditions, healthy workplace, etc.



Educational Program to Prepare CNP (community nurse practitioner)

- 1) To be sensitive to health demands of the locals which are complex and cultural based
- 2) To be competent to design appropriate strategies in working with the community for suitable health care and management solutions including health services and social management
- 3) To be facilitator of the learning process for health care management of those locals
- 4) To monitor, surveillance the health status, health care and quality of life of those locals through knowledge management process

Nuntaboot, 2004

Expanded role and responsibilities of nurses as expected by the people

- Management of holistic care
- Leadership in health
- Specialist in prevention and treatment of local health problems
- Collaborator in utilization of resources
- Providing primary medical care

(Nuntaboot, 2005)

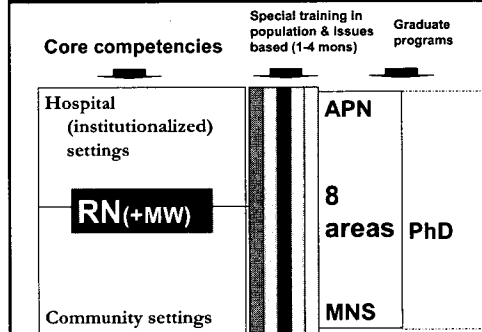
Participation of nursing profession in the designing of health system

1. Research exploring new models for primary care service system (6 FON, 2001)
2. Proposing roles and functions of nurses in the new health system and in the primary care service system to ensure maximum access to quality health care providers (6 FON, 2001, TNC)
3. Assuring potential of nursing profession in carrying out primary care services in terms of ; manpower, competencies, standards of care, career path and development, quality and accreditation, etc. ((TNC and other nursing professional organizations)
4. Set up standards of nursing services and nursing personnel for the NHSS (TNC and other nursing professional organizations)

Participation of nursing profession in the designing of health system

- 5 Re-design educational preparation models for the expected nurses such as NP (4 mons training) APN (master prepared CNS/NP) appropriate for different models of care and services (TNC and Dean's consortium)
- 6 Research exploring potential models for community health care management and services designs (Nuntaboot, 2002, 2003, 2004, 2005)
- 7 Working toward Nurses' Autonomy and legalize in primary medical care (TNC)
- 8 Calls for a shift into a new paradigm of health and nursing among nurses through series of forums, conferences, seminars, etc. where applicable. (TNC and other nursing professional organizations)
- 9 War rooms for solutions of issues underlying main systems reform such as HA, NHSS, NH Acts, Manpower planning and development, etc.(TNC, Nurse researchers)

Design of career path



In service trainings

- 4 Core functions
 1. 1 week training in "principles" and "how to" of each function
 2. Actual services
 3. Evaluate and plan for further development
- RECAP (Rapid Ethnographic Community Assessment Process)
- Qualitative research in community health (integrated into actual work with particular groups/issues of community health)

- Development and research (R&D)
 1. Models/Innovations for community health care system
 2. Models of implementing the 4 core functions
 3. Epidemiological study for specific issues
- Care guidelines for special groups: stroke, disabilities, Chronic Renal Failure, cancers, aged, mental disorders, etc. (4 months)

