

60.喜寶人文士林館產後護理之家	臺北市士林區福林路 203、203之1號4樓、203 號5、6樓	2831-0808	母親床：13床 嬰兒床：16床	102.4 設立
------------------	----------------------------------------	-----------	--------------------	----------

備註：

一、101年度產後護理機構督導考核，依100年度督考後續追蹤輔導改善，以公共安全與服務品質為督導考核重點，會同本府消防局至機構公共安全、衛生管理及定型化契約等事項聯合查核（均符合規定），不列等第。

二、102年度本局督導考核作業，將併同行政院衛生署首次辦理之產後護理機構評鑑。

47.國泰台北會館產後護理之家	臺北市松山區健康路 152、156號8樓	2748-5111	母親床：20床 嬰兒床：23床	101.07 設立
48.賀果產後護理之家	臺北市中山區新生北路3 段11巷32號2~6樓	2599-7111	母親床：15床 嬰兒床：17床	101.08 設立
49.新嬰悅產後護理之家	臺北市中山區南京東路3 段130號7樓	8772-8755	母親床：16床 嬰兒床：18床	101.08 設立
50.新嬰悅六福產後護理之家	臺北市中山區南京東路3 段130號6樓	2778-8010	母親床：16床 嬰兒床：18床	101.08 設立
51.薇恩產後護理之家	臺北市中山區樂群三路 56號3樓、3樓之1、3 樓之2、4樓、4樓之1、 4樓之2	8502-7688	母親床：24床 嬰兒床：26床	101.09 設立
52.康喬養月產後護理之家	臺北市文山區政大二街 51、53號1~5樓	2939-2666	母親床：48床 嬰兒床：51床	101.09 設立
53.健喬養月產後護理之家	臺北市文山區政大三街 117號2~5樓、政大三街 119號	2939-2666	母親床：22床 嬰兒床：24床	101.09 設立
54.臺北市立聯合醫院 附設仁愛產後護理之家	臺北市大安區仁愛路4段 10號4樓	2709-3600 轉 5809	母親床：20床 嬰兒床：21床	101.09 設立
55.健寶兒一館產後護理之家	臺北市松山區八德路4段 111號5樓	2528-0828	母親床：7床 嬰兒床：9床	101.12 設立
56.華悅產後護理之家	臺北市大安區濟南路3段 39之2號2、3、4樓	8978-2777	母親床：11床 嬰兒床：15床	102.1 設立
57.官邸人文產後護理之家	臺北市士林區福林路 203、203之1號2、3樓	2831-0808	母親床：12床 嬰兒床：17床	102.1 設立
58.健寶兒產後護理之家	臺北市松山區八德路4段 111號6樓	2528-0828	母親床：8床 嬰兒床：10床	102.2 設立
59.芳華產後護理之家	臺北市松山區八德路2段 400號11樓、11樓之1	2721-8910	母親床：8床 嬰兒床：10床	102.2 設立

ソーシャル・キャピタル形成の可能性としての産後ケアに関する国際比較

主任研究者 福島富士子 国立保健医療科学院生涯保健研究部特命統括研究官
研究協力者 川島（児玉）知子 医療法人社団みどりの会 あんずクリニック産婦人科
（国立保健医療科学院 国際協力研究部 客員研究員）
大澤絵里 国立保健医療科学院国際居力研究部主任研究官

研究要旨

【目的】 産後ケアの定義を明らかにするとともに、各国の産後ケアへの取り組みについてその政策や対策について情報収集を行い、国内情勢の改善に資するものとする。

【方法】 WHOをはじめとする国際機関のガイドラインや各国行政の指針、報告書等で Web 上に情報公開されている文献について情報収集を行う。

【結果】 WHO では母子保健の中でも分娩後女性の健康問題について着目しており、近年のガイドラインでは産後の時期（分娩直後、週単位等）に合わせた医学的・社会的に必要な支援について、専門的観点から情報提供を行っている。各国の政策の中では、カナダにおける産後ケアの概念形成と公衆衛生行政の取り組みが 1980 年代から実施され、現在では在宅ケアなども含めた包括的支援を行っていることが明らかになった。英国では NICE によるガイドラインで医療と社会的支援の両輪によるケア方針が整備されており、産後ケアの多職種による支援管理の重要性が強調されている。また、フランスにおいては産後の女性自身の身体機能復古や精神面のケアについて、早期から積極的な取り組みがみられており、スポーツ省と管轄を同じくする利点がみられた。米国、韓国等においては、産後ケアサービスはビジネスの領域とされる傾向があり、その利用は個人負担によるところが大きく、地域社会との結びつきは必ずしも強くない。

【考察】 各国産後ケアの在り様は分娩を扱う医療体制と密接に関連しており、分娩入院日数の短い諸国では民間サービスの導入や在宅訪問・ケアをより推進する方向性があると考えられた。日本においては少子高齢化、核家族化による社会状況の変化により、産後の女性の孤立を防ぎ、身体・精神面のケアや育児に対する援助を行う必要性が高まっている。分娩を扱う産科施設の減少や大規模病院の経営効率化に伴い、今後は分娩施設における入院日数が短縮化される可能性も否定できない。地域社会における住民の結びつきが希薄化する中で、出産を契機としたソーシャル・キャピタルの確立を実行するためには、産後ケアサービスを完全に民間化し個人負担にするのではなく、行政や専門家組織、地域社会がその方針を明確にしつつ補助やサポートを行う必要があると考えられる。母子の健康状態に関しては、分娩後の時期に合わせた専門的な医療知識と援助方

法、専門家介入のタイミングや必要時に介入できる備えを整備した包括的なケアシステムが望まれる。そのための公衆衛生行政のインフラは、世界各国の中でも日本は比較的整備されていると考えられ、今後は利用者目線で適切かつ効果的な援助が行われるよう、行政や市民組織等が協力し、必要時には民間サービスを導入するなど、地域社会全体での包括的産後ケアを支援する必要がある。

【結論】 各国の取り組みから、産後ケアが公衆衛生的課題とされている国がある一方で、自己負担による民間サービス市場中心でケアの質が問題視される国がみられる。地域社会において産後のソーシャル・キャピタル形成を確立するには、公衆衛生行政を中心としたある程度公的な援助や指針のもとで利用者目線のサービスを推進する必要がある。

研究協力者：児玉（川島）知子 医療法人社団みどりの会 あんずクリニック産婦人科（国立保健医療科学院 国際協力研究部 客員研究員）

1. はじめに

少子高齢化と同時に、女性の晩婚化や初産年齢の上昇など、妊産婦をめぐる状況は様変わりしている。

内閣府の国民生活調査では「人と人がつながるソーシャル・キャピタル指数が高い村や町は、老人の孤独詩の割合も低く出生率も高い」という全国調査の結果を報告しており、本研究班代表者福島は、母親たちが地域の住民と共通の市民感覚を実感することで、相互の助け合いや信頼関係といったソーシャル・キャピタルを醸成するうえで、「出産」を大きなチャンスととらえている。その観点から、国内の状況に適用可能な産後ケアの在り方について検討する。

2. 国内の妊産婦の背景と環境

2010年における平均婚姻年齢は男性29.8歳、女性28.5歳となり、特に女性で

は20年前よりも3年程度遅くなっている¹⁾。また夫婦の完結出生児数（結婚からの経過期間の平均出生子ども数であり、夫婦の最終的な平均出生子ども数とみなされる）は、戦後大きく低下し、1972年から約30年間は2.20人前後で安定していたが、ここ数年で1.96人へと低下した¹⁾。また2011年の合計特殊出生率（女性が生涯に産む子どもの数）は前年と同率の1.39であり、年齢（5歳階級）別にみると、15～29歳の各階級では低下し、30～49歳の各階級では上昇、最も合計特殊出生率が高いのは、30～34歳と報告されている²⁾。さらに、この調査から「予定子ども数」が「理想子ども数」を下回る理由として「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」という回答が元も多く、特に30歳未満での若い世代ではこうした経済的理由を選択する割合が高い。さらに30歳代では「これ以上、育児の心理的・肉体的負担に耐えられないから」という回答が他の年齢層に比べて多く、国内の出産の現状を反映した回答となっている。

出産後の育児環境としては、最初の子どもが3歳になるまでに夫妻の母親(子の

祖母)から支援を受けた(「ひんぱんに」「日常的に」子育ての手助けを受けた)割合は2000年以降は5割程度で推移しており、この結果からは逆に約半数の夫婦が子育て経験者の無い環境の中で育児に直面しているということである。

3. 産後ケアの定義

産後ケアのケア方針については、近年WHOの専門家らがまとめたテクニカルレポートがある(図1)³⁾。これは、学術論文やガイドラインをレビューし、医学的致死率(母親、新生児それぞれ)を日・週単位で検討したうえでの期間定義を行い、必要な支援を検討している点で有効である。分娩後の母親の致死率が初日60%、2日目17%とされている(注:理想的には母親の妊娠時および分娩時における個々のリスク別に検討される必要がある)点は、入院日数を短縮化している国々における医学的根拠とされている可能性が高い。また、1980年代のカナダにおける産後ケアでは、産後を分娩直後2-3日(急性期)、その後3-14日(亜急性期)、15日-6か月(長期)と3期(3フェーズ)に分かれたケアを提唱している(図2参照)。ここでは、医学的観点というよりむしろ産婦の産後の身体・精神的回復や家族内における母親としての役割や社会的な営みを支援するという視点で、「依存度」、「身体のイメージ」、「エネルギー(元気度)」、「意欲とコントロール」、「コミュニケーション」、「感情」の6つの視点からどのように支援するか、コメディカルにも理解しやすい記述となっている(図2)。

ここで産後の時期について現状で有効と思われるものを整理すると、WHOで用いられている①分娩後24時間(分娩後初日)、②分娩後2-7日(分娩後2日-1週間)、③分娩後2-8週間(-2か月)とするのが妥当と考えられる。WHO専門家レポートでは、各種ガイドラインが総括され、プライマリヘルスケアとしての産後ケアの医学的必要性および地域社会の支援について言及されている。

4. 分娩に関連する社会環境

(分娩施設における入院日数と産後ケア)

国内では2005年以降、52.3%の夫婦が夫方、妻方いずれかの母親から支援を受けており、妻が第1子1歳時に就業している場合は61.2%にのぼる。ただし、内訳は変わってきており、妻方の母親から支援を受ける割合が増える一方、夫方の母親からの支援は減少傾向とされている⁴⁾。核家族化が進み、出産した女性が家庭内で保育を手伝ってもらえる環境は望みがたい。近年の産科医療有害事象による医師の逮捕事件や訴訟の増加に伴って一般の開業医の分娩取り扱いが激減し、最近ではお産のできる病院を探すことが非常に困難となっており、同時に妊産婦管理と分娩数管理の観点から里帰り分娩を断る医療機関もある。

OECDデータにおける諸外国の産後ケアの日数は20か国の平均で3.98日(1.8日-6.4日:中央値3.5日)となっており、最短は米国、最長は日本となっている(図3)。諸外国の産後入院日数と出生数、帝王切開率に相関はみられないが、米国やカナダ、北欧で産後入院日数が短期であ

り、保健インフラ（保健政策およびシステム）が影響することが明らかである。先述の WHO テクニカルレポートにもあるように、分娩後産婦（産褥婦）の医学的管理の絶対的必要日数は分娩後 2 日前後であり、従ってカナダや北欧においては、必然的に訪問在宅ケアの整備が進んでいると考えられる。カナダにおける産後ケアのガイドラインにおいては、これまで出産に関する医学的な有害事象に焦点があてられてきたが、今後はさらに出産を契機として新生児の父母のパレンティング（親教育）への支援や地域におけるコミュニケーションと支援を推進すべきとしている⁵⁾。その根底に地域住民とのかかわりにおいては、出産が橋渡し（bridging）なるという考え方がある。第3フェーズが6か月～1年に渡るのは、公衆衛生プログラムが発達した国では（カナダのように）考慮に入れられており、特に産後うつ、児童虐待対策や家族計画等を含めた健康プログラムへの移行の必要性を指摘している。

参考文献

- 1) 第 14 回出生動向基本調査。結婚と出産に関する全国調査。国立社会保障・人口問題研究所。平成 23 年 10 月。
- 2) 人口動態統計 厚生労働省
- 3) WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal care, Department of Making Pregnancy Safer. World Health Organization 2010.
www.who.int/making_pregnancy_safer
- 4) RD Vries, C Benoit, EV Teijlingen, S Wrede. Birth by Design: Pregnancy,

Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe.2001 NewYork.

5) Healthy Babies, Healthy Families: Postpartum & Postnatal Guidelines. Department of Health.
www.gov.ns.ca/Health/PUboichealth

学会発表・論文

なし

図1 周産期事象の発症確率とケア介入のタイミング(文献1)

状態	日							週					
	1	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	
母親の致死率(%)	60	17	13					4					
児の致死率(%)	32	8	10	7	4	5	5	15	14				
母親の健康維持													
子宮炎	■												
子癇	■												
麻酔と血栓塞栓症	■												
会陰部の感染	■												
腹部の感染	■												
細菌性血栓塞栓症	■												
分娩後の二次出血	■												
尿貯留	■												
尿路感染	■												
重度貧血	■												
産科的瘻孔	■												
鬱と不安症状	■												
精神疾患	■												
* 女性性器切除	■												
HIV陽性産婦の支援	■												
抗HIVウイルス治療	■												
* 梅毒検査と治療	■												
* 非免疫者の破傷風トキソイド	■												
* ビタミンA補充	■												
産後と緊急時のプラン	■												
栄養カウンセリング	■												
安全な性生活のカウンセリング(コンドーム使用含めて)	■												
出産間隔と家族計画カウンセリング	■												
家族計画の選択と方法	■												
(注: *については開発途上国の状況に対応した指導)													
授乳における関連事項													
乳房腫脹	■												
授乳困難	■												
乳腺炎	■												
授乳カウンセリングと支援	■												
代替ミルク指導	■												
HIV陽性産婦の授乳	■												
授乳性無月経への支援	■												
	高い致死率	■					低~中等度致死率	■			ケア介入	■	

<図 2. カナダにおける産後ケアの 3 つのフェーズ>

フェーズ	1. 導入	2. 維持	3. 自立*
期間の平均	2 - 3 日	3 - 14 日	15 日 - 6 か月
依存度	完全依存 (やってもらう)	中等度 (できることから自分で)	相互的自立(皆で一緒にやっ てい きましょう)
身体イメージ	短期間での劇的な身体的変化が伴うため、順応が困難な状況もあり	移行期:信じられないような変化が起こっているが、徐々に受け入れていく	自分の身体的変化の受け入れが進み、徐々にに慣れていくが、身体イメージは変わりつづける
エネルギー	大変低い 睡眠や栄養の補給が必要 (人工栄養が必要なときもあり)	疲労はあるが、母親としてやっていく意識がめばえ、児の面倒をみようという意欲がわく	依然として疲労感があるが、家族の中での新しい自分の役割(母親)を受け入れ、それを優先するようになる。
意欲とコントロール	専門家や経験のある人に頼ることが必要である。母親としてケアすることが強く求められる。	(児との)新しい関係への責任が求められ、児の生命が母親に委ねられている状況を理解する。母親としてケアする必要性が依然として高い。	母親として勇気づけられ、自信をつける時期であり、周囲からの受け入れが必要な時期である。
コミュニケーション	大変お喋りである:出産の経験を詳細にわたって人に話すことで、出産について曖昧であったことが満たされ、達成感が高まる。	出産と生まれた児に期待していたことと現実がどのように違っていた話し合う必要がある。新生児のケアや年長児のライバル意識など、今後どのようにうまくやっていくか話す必要がある。	新しい役割について、家庭内もしくは外での仕事などについて、さらに話し合う必要がある。性生活の再開やセクシュアリティについての変化について理解する必要がある。
感情	身体的・人との関係の中で傷つきやすくなっており、出産に伴い自分自身が犠牲者となっていると感ずることがある	拒否や感情のゆさぶりに弱い(傷つきやすい)。ホルモンの大きな変化がある。	日常生活の新しい経験と現実を総合的に受け入れていく。新しい状況の受け入れが進む。自分自身でやっていくという自信が少しずつ出てくる。自尊心が生まれてくる。

* 期間については再定義され、6 週間の身体的回復期間が有効とされていない。ただし、文献では第 4 期(3 か月間)もしくは 3 か月を身体的・精神的回復期としている。多くの著者がフェーズ 3 の期間を新しい子供と家族が融合するための 1 年間としている。

Source: Health Canada. Postpartum Parent Support Program: Implementation Handbook, 1989.

図 3.

国	全出生数		合計特殊 出生率 (2011)*	合計特殊 出生率 (2000)		産後入院 日数		未婚の出 生割合		帝王切開 術割合		
オーストラリア	253834	a		1.80	b	3.0	a	19				
オーストリア	81233	b		1.34		6.1	a	29				
ベルギー	116513	d		1.53		5.2		15				
カナダ	348598			1.62	c	2.1	a	-		20.5		
デンマーク	67638	a		1.72		3.3		46				
フィンランド	60723	a		1.70		3.9		37		15.5		
フランス	725000		2.00	1.75		5.3	a	39				
ドイツ	812173		1.38	1.34		5.6	a	18		18.9		
アイルランド	50655	a		1.93		3.5		27				
イタリア	526064	c	1.41	1.19		4.2		8				
日本	1191665		1.39	1.44	a	6.4	c	-				
オランダ	192443			1.62		2.7		19		11.2		
ニュージーランド	58100			2.00	c	2.9		-				
ノルウェー	61314			1.81		4.2		49		13.6		
ポルトガル	113510			1.46		3.1		20				
スペイン	363469			1.15		3.4	a	11				
スウェーデン	95158	a	1.94	1.51		2.9		54		12.9		
スイス	83000	a		1.44		6.2	c	8				
英国	725810		1.96	1.72		-		37		15.5	(イングランド)	
										17.1	(スコットランド)	
米国	3941553	b	2.01	2.06	a	1.8	a	33	c	22		
データ出典: Births, fertility rate and postpartum length of stay from OECD data 2000; Eurostat Yearbook 1999												
a 1996, b 1998, c 1995, d 1994; * 人口動態推計値および国際比較(厚生労働省)												
出典: 文献4より著者改訂												

「ソーシャル・キャピタル醸成を支援する保健師の資質とその育成方法に関する研究」

研究分担者 齋藤泰子

武蔵野大学看護学部

研究協力者 堀井聡子

国立保健医療科学院

国際協力研究部 主任研究官

研究要旨

【目的】健康づくりへのソーシャル・キャピタル（SC）の活用を促進するうえで、地区組織活動など保健師活動の重要性が再認識されつつあるものの、地区組織活動に携わる保健師の資質をSCの観点から分析した調査はなされていない。そこで本研究では、地区組織活動に従事した行政保健師の資質をSC醸成支援の観点から分析したうえで、その能力を育成する方法に関して提言をとりまとめた。

【方法】1960年から1980年代にかけて地区組織活動が活発に行われたA県で、当時行政保健師として地区組織活動に従事した保健師2名への非構造化面接を行った。加えて、面接に同席したA県の現役の行政保健師とのインフォーマルなやりとりの参与観察、2次資料の収集を行い、これらデータを質的帰納的に分析した。

【結果】地区組織活動を展開する保健師の能力として、《地域のアセットを特定する能力》、《関係者（機関）の専門性・役割機能をオーガナイズする能力》、《将来の地域をイメージし持続的なシステムを志向する能力》、《住民のニーズによって支持される前向きな態度》および《活動のベースとなる保健師のコア能力》の5つの資質が特定された。

《活動のベースとなる保健師のコア能力》の内容は【組織管理・人材育成能力】や、セクターや地域を超えた関係者との【コミュニケーション能力】と【PDCA展開能力】など、中堅期から管理期の保健師に期待されるコア能力であった。

【考察】

1. 保健師がSC醸成を支援する際には、本研究で特定された5つの資質を総体的に機能させることが求められる。なかでも、《将来の地域をイメージし持続的なシステムを志向する能力》をもって、関係者を健康づくりという共通の目的に向かわせ、目的達成のために関係者の強みを引き出し適材適所の調整をする《関係者（機関）の専門性・役割機能をオーガナイズする能力》を備えることはSC醸成を支援するうえで重要である。
2. 今日の健康課題に対応するためには、本研究で特定された能力をベースに、SCに立脚した健康づくりを支援する人材の育成プログラム（ラーニング型）を策定することが有用である。

3. 研修の参加者には、保健師だけでなく、地域に存在する専門家（医師、助産師、大学教員など）を巻き込む必要がある。多職種が集まる形式の研修を行うことで、研修自体が SC 醸成の場として活用できるだけなく、研修参加者は研修終了後も、地域の SC の要素になる可能性がある。

4. SC 支援の資質のベースとして管理期・中堅期の保健師のコアの能力を獲得していることの必要性が示されたことから、研修対象となる保健師は、管理期・中堅期が望ましい。

5. SC の特性から、研修の参加者、方法、期間等には、地域特性を踏まえる必要があり、今後は、対象地域を選定したうえで、Community Based Participatory Research などの手法を用いて、研修とエビデンス集約を同時に行う必要がある。

A. 目的

1. 背景

近年、ソーシャル・キャピタル (Social Capital, 以下 SC とする) と個人や地域における健康との関係に関する研究が盛んにおこなわれている。わが国においても、SC 指数と平均寿命や合計特殊出生率等との間に正の相関関係が認められるなど、SC の豊かさと健康との関係が明らかになってきている¹⁾。

かかるエビデンスを踏まえ、2012年に発表された「地域保健の在り方検討委員会の報告書」において「SC に立脚した健康づくり、健康なまちづくりの展開の推進」が提言され、そのなかで「SC の核となりうる人材に対し、保健所や市町村保健センターなどの行政が、知識や技術の獲得を支援し、さまざまな SC が参画する場を設定したうえで、その「核」を中心とした住民主体の活動を展開すること」が求められた²⁾。

こうした流れをうけ、健康づくりへの SC の活用やその核となる人材養成を検討するうえで、今日、地区組織活動をはじめとする保健師活動の重要性が再認識

されつつある³⁾。実際に、保健師の行う地区組織活動と SC との間に正の相関関係があることが明らかになっている⁴⁾。しかし SC の観点から保健師活動を評価した調査は未だ少なく、地区組織活動に携わる保健師の支援内容についての研究はある⁵⁾が、それに必要な保健師の資質を SC の観点から分析した調査はなされていない。

SC 醸成を支援する人材の資質を特定するためには、地区組織活動に従事してきた保健師の資質を分析することは有用であると考えられる。ただし、田上³⁾が「保健師活動は以前から SC を醸成するもの」だったと評価したうえで、今日的な形で「新たな形で関係性を再構築する地区活動を展開すること」の重要性を指摘しているように、かつての地区組織活動で求められた能力については、今日のコンテキストで、SC 醸成支援という観点から新たに再構築する必要がある。

そこで、本稿では、SC 醸成を支援する行政保健師に求められる資質を特定し、その育成方法に関する提言をとりまとめることを目的に、1960年代から1990年

代に愛育会活動などの地区組織活動が活発に行われた A 県で、当時行政保健師として地区組織活動を展開していた保健師の能力を SC 醸成支援の観点から分析する。また、当時とは社会経済状況、健康課題、また、地区組織活動に関与する組織や保健師の配置状況および教育等、様々な変化が生じていることをふまえ、SC 醸成支援に必要な能力強化の方法を、現在の地域保健の体制に置き換えて考察する。

なお、SC の定義については、今日でも議論の対象となっているが⁷⁾、一般的に、パットナムの「信頼、規範、ネットワークなどの社会組織の特徴で、互いの利益のために調整や協力を促進するもの」⁸⁾が参考にされることが多い。このため、本稿においても同定義を踏まえ分析する。

2. 目的

地区保健活動に関する行政保健師の資質を特定し、今日の地域保健体制化における SC 醸成支援の観点から分析すること。また、同資質を育成する方法に関する提言をとりまとめること。

B. 方法

1. 研究デザイン

SC は未だ、その定義や方法論的なあいまいさが指摘されている概念である。そのため調査方法として量的調査のみならず質的調査を用いることの有用性が示されている⁷⁾。そこで、本研究では、質的研究法を用いて、行政保健師の資質を特定する。

2. データ収集

2012 年 8 月 22 日、23 日の 2 日間にわたり、1960 年から 1980 年代にかけて、当時、A 県で行政保健師として勤務していた保健師 2 名に対し、非構造化面接を行った。また、面接には、現在、A 県に勤務する行政保健師らにも同席を依頼し、彼らとのインフォーマルなやりとりについて参与観察を行った。また、面接対象の保健師の活動に関して記載されている文献を中心に 2 次資料の収集を行った。

面接結果はすべて IC レコーダーに録音し、逐語録に起こした。また、参与観察の結果は、フィールドノートに記録した。

3. データ分析方法

質的帰納的に分析を行った。まず、逐語録とフィールドノート、および 2 次資料を読み込み、それらデータから、地区組織活動とそれに資する保健師の能力に関して記載された部分を意味のわかる長さで切り出し、分析の対象とした。次に切り出した各データをコード化し、類似する意味内容のコードを分類し、サブカテゴリーとした。これらのサブカテゴリーを、保健師の資質の特徴を検討しながら統合し、抽象度を上げてカテゴリーを形成した。最後に、分析結果を、現在の地域保健の体制と照らし合わせて再構築し、最終的に、SC を支援する保健師の資質として特定した。

4. 倫理的配慮

面接および参与観察では、協力者に十分な説明を行い、同意を得たうえで実施した。また、個人に不利益が生じないよ

う配慮した。個人情報取り扱いに注意し、逐語録等のデータは鍵のかかる場所に保存するなど、最大限の秘匿性確保策を講じた。

C.結果

1. 研究対象者の概要

対象者が勤務したA県では、1937年に県内の1村が恩賜財団母子愛育会から「愛育村」として指定されたことをきっかけに、全県で母子保健の向上を目的に愛育会活動が活発に実施されてきた。A県では今日でも保健師が愛育会と協働で母子保健向上に取り組んでいる(24市町村、2012年調査当時)。なかでも、各保健所管内に愛育連合会が結成された1960年から1980年は、とくに愛育会活動が活発であったといえる⁸⁾。

非構造化面接の対象としたのは愛育会活動が最も活発であった1960年から1980年に、A県の保健師として勤務していた80代と60代の女性2名であり、彼女らは、当時、A県保健所における保健師活動に加え、保健師教育、看護協会活動などに従事していた。

また、参与観察では上記2名と現在A県内の保健所に勤務する40代の女性保健師とのやりとりを観察した。

2. 地区組織活動を支援する保健師の資質

調査の結果、地区組織活動に関与したA県の行政保健師の資質として、《地域のアセットを発掘する能力》、《関係者(機関)の専門性・役割機能をオーガナイズする能力》、《将来の地域をイメージし持続的

なシステムを志向する能力》、《住民のニーズによって支持される前向きな態度》《SC醸成支援能力のベースとなる保健師のコア能力》の5つのカテゴリーが抽出された。以下にそれぞれのカテゴリーについて説明を行う。なお、文中において、カテゴリーは《》、サブカテゴリーは【】、コードは<>、また、研究対象者の語りは斜字で記載した。

1) 《地域のアセットを発掘する能力》

A県の保健師は、【健康を核に据えることで、活動に必要な社会資源を見つけ(出す)】ていた。社会資源の発掘では、<他部署の職員が持つ情報やネットワークを活用する>、<必要な情報をとるためにあらゆるリソースを活用する>などし、また、<活用できる制度を把握して>いた。そして、<看護協会を動かして施策化につなげる>、<学生実習を活用して地区組織活動を活発化させる>など、健康ニーズに基づき、様々な関係機関を社会資源として活用していた。

また、人的資源についても、<地域のキーパーソンを見極めている>、<地域で活動する医師の情報を把握する>、<活動のプロセスに地元の政界関係者を巻き込む>、<教育委員長を活動に巻き込む>、<健康教育イベントに学術関係者を巻き込む>など、【セクターを超えて人的資源を発掘(する)】していた。そのため普段から、<セクターを超えて事業のPRを行う>、<活動の波及効果を得るために複数の団体を集める>など、保健医療に限らず他分野の人や組織とも関係を築いていた。

「おばちゃんたち今じゃね、子宮癌検診、家でできるだよって言ってね、そうすつとね、ほんなこと出来るだか、はいこういうふうにやるんですよって言ってね、ええなあこれは。医者に見せんでええだこれは、こうやって見てもらうの、嫌なのよ。人って。ええなあって言ってね。そうやってね、アピールの仕方がうまいでしょ。子宮癌検診のことから入るっての、おばさんたちに、ああこれはいいなってもう具体的な方法じゃない。そしてねちょっとねだから保健師さんが入ればね私が来るってことじゃないよ。でもこの村に保健師さんがいればそういうことが出来るんだよ。」

A 県の保健師は、＜専門性を生かし住民と信頼関係を築く＞、＜専門性を生かして活動のキーパーソンと信頼関係を築く＞など、【保健師の専門性を生かしてアセットを発掘（する）】していた。

アセットには、必ずしも活動に直接関与する社会資源や人的資源だけでなく、活動を進めていくために必要な【自分の活動の価値を認めてくれる人（を発掘する）】も含まれていた。＜自分の仕事の価値を認めてくれる管理的立場の保健師がいた＞こと、＜オーソリティから認められたこと（を自負している）＞、＜学生のころから教員にやる気の高さを認められていた＞ことは、保健師にとっての大きな支えとなり、円滑に活動を進めるうえで重要な要素となっていた。

2) 《関係者（機関）の専門性・役割機能をオーガナイズする能力》

「（助成金を得るために作られた施設など、地域には活用されていない施設が多いが）、それは保健婦がオーガナイズしていく役割があるわけですね...（中略）...組織活動ですよ。具体的な保健指導とか。そういうふうなのは出来るんですけど、それを様々な20ある組織が長が一緒になってことは、かたちになっていきながらそれぞれの役割機能をオーガナイズしていく。保健師がどのような活動をすればそうなるかってことを具体的な関わり方っていうか。」

地区組織活動を行う上で、関係者の役割機能をオーガナイズすることが、保健師の役割のひとつであり、【関係者の強みを引き出し適材適所の調整をする】ことや、【誰と誰を結びつけると効果的かを見極める】ことが必要とされていた。＜関係者の強みが打ち消されないように関係者の調整をする＞ため、A県の保健師は、＜活動を進めるうえで関係者の適材適所を見極める＞、＜一人一人の持ち味を引き出す＞、＜専門職者の専門性をお互いに認めさせる機会を設ける＞、＜個々の能力が十分ではない場合も集団でやることで成果が出るように導く＞、＜各団体のマニフェストを把握し地区活動に活かす＞としており、＜助産師と保健師の専門性と役割を見極め、協働を仕掛ける＞など、＜専門職者同士の連携を促進する仕組みをつくる＞っていた。

また、＜誰と誰を結びつけると効果的かを見極める（る）＞、＜行政の管理職者と政治家とを結びつける＞、＜担当者と地域にある地区組織を結び付ける＞、＜

担当者と地域のキーパーソンを結び付ける>などしていた。

「あらゆる地域の組織のね、団体を選び出すとだいたい20ぐらいあるんです。消防団であるとか育成会であるとか栄養の食生活改善であるとか老人クラブ連合会であるとか。そういうものがだいたい20ぐらいある。その20の団体に全部長がいるんです。その中に地区の会員がみんないるから、全員じゃないけどなにかどこかに所属する。その団体の長の人たちと会合を続けてきたんです。その各組織は健康なくしてできないんですよ。その命つてもものね。どう生きていくか。中心課題になってるんです。」

保健師の行う地区組織活動では、<活発な組織活動の展開では健康が重要であることを地区組織の関係者に理解させる>、<住民の個々の関心・興味を健康に結びつけられるよう仕掛ける>など、地域の健康という共通の目的を関係者に共有してもらうことが必要であった。そして、そのために、<事業の目的を明確化し、関係者の理解を促したうえで、協議する>、<日常生活のことを住民に語らせることにより組織間につながりをもたせる>、<地区組織活動の中核になる場を提供する>などの【オーガナイズのための方略を持ってい(る)】た。<活動のコアになる人材を見極めている>、<専門分化が進む以前の保健師の役割を分析することで、効果的な連携方法を見極める>ことも効果的なオーガナイズにおいて重要な要素であった。

また、A 県の保健師は、<人事に関与

できる立場になることで保健師の適材適所を進める>、<チームワークの必要性を認識し、その一員として行動できる>など【オーガナイズに必要な自分の立ち位置を理解し実践(する)】していた。また、<もともと集団で物事をつくりだしていくことに関心をもっている>ことも、関係者や組織をオーガナイズするうえで役にたっていた。

3) 《将来の地域をイメージし持続的なシステムを志向する能力》

A 県の保健師は、<対人支援において個々の将来を予測した関わりをし(ている)>ており、また<長期的な未来を予測して事業を企画(している)>するなど、【長期的な視野を持って活動を展開できる】ていた。また【活動のサステナビリティを考慮した活動(を展開できる)】にむけ、<活動の持続可能性を考慮し行政と協働する>、<過去の活動の教訓・経験を踏まえて行動できる>、<活動の持続可能性を意識し予算化を促す>、<活動の展開では常に予算化を意識している>、<マーケティングの感覚を持っている>、<物事の本質を捉え制度化につなげる>、<看護協会を巻き込み制度化に向けて働きかける>、<当事者の参加意識を高めようと(する)>していた。

4) 《住民のニーズによって支持される前向きな態度》

「そのときにね、何にするかっていったら、みんな子供を預かる施設がいいかななんて言ってたけど、やっぱりその場で看護つてもものを知ってもらえるってこと

で、訪問看護って名称が全然つかわれていないときですからね、だからそのことについて文献を学習することも出来ないんです。…（中略）…むこうの方でね、病院の中での訪問看護って名前がちょっとあがっていた。どこもない。私は看護協会が主体で、看護というものを全面化したかった。地域のね、町村のときにね、町村の保健師さんが、こまるでしょ。このごろは。老人一人で寝付いてね家族がねどうにもならないって。だんだん多くなってきましたって言ったときに、これだっと思ったんですね。地域訪問看護検討委員会、それを立ち上げて、10名保健婦、助産婦、看護婦から、肩書き抜きで、その前に私、労災におりましたからね、だいたい実力者は分かってる。一本釣りだし。それだけど、行政の人、教育の人、病院の人、市町村の人、開業助産婦さん。保助看は全部入った。10名で立ち上げたの。立ち上げたはいいいんですけどね、みんな腹の探りあいなんです。」

A 県の保健師は<健康ニーズに基づき前例のないことに挑戦（する）>していた。その結果、<物事の本質をとらえると嫌われることがあるが、物事を前に進めるために自分が傷ついても一所懸命やる>、<新しいことをしようとすると反対されることもあるが、やりとげる>など困難な状況に陥ることもあった。しかし、【住民のニーズに応えるためなら嫌われてもいい】との考えから、<関係者が健康ニーズを把握できるよう建前ではなく本音で語り合う>、<住民ニーズを満たすためには権威を前にしてもおじけな

い>スタイルで活動を展開していた。

それは<看護職としての誇り（を持っている）>と、<人間の命にかかわるとい信念（を持っている）>、すなわち、【専門職の使命感を持って住民のニーズに応える】ためであった。ニーズに応えるために、<決して作業の手は抜かない>、<頼まれた仕事を断らない>、<人を裏切れない>、<経験年数によらない人をそそり立たせる力を持っている>、<アイデアが浮かぶとすぐに行動に移す>、<住民の健康ニーズのためにまっしぐらになって行動する>などの前向きな態度で活動を展開していた。

「だからちょっとしたグッズも必要だし、笑いもユーモアも。あらゆるものとりまぜないと全体の時間は動いていかない。自分自身がそれを楽しんでいうねもたないと、私はこれをやりますなんて駄目ですね。ともに楽しんでいないとね。」

ただし、活動を展開する際には、困難だけでなく、<住民と一緒に自らも楽しむ>、<ネットワークが構築されるプロセスをうれしいと感じる>など、自ら楽しみや喜びを感じて活動をしており、<自らが地域を大切に思っている>ことや<他人の人生・生き方に関心を持ち、学ぼうとする>ことなど、【人と地域を愛おしむ気持ち（がある）】が前向きな態度を形成する要因のひとつとなっていた。

5) 《活動のベースとなる保健師のコア能力》

地区組織活動を行う上で、A 県の保健

師はく保健師の専門性を生かして調査を行う>ことで、く住民の健康ニーズを把握し>たり、く優先度の高い課題を見極めた>りしていた。また、く統計データからだけからは見えてこない健康ニーズの根っこを掘り下げ>ていた。加えて、A 県の保健師は、くパイロット事業の成功をもとに行政に予算措置を獲得する>など、く施策化につなげる能力>を備え、くあらゆる活動について評価を行い、改善(する)>していた。すなわち、トータルな【PDCA を展開する能力】を備えていた。また、く関連する法律について理解を深める>など、【法令・政策の理解】があった。

A 県の保健師は、PDCA の展開において、く会合の準備プロセスを通じて、住民の健康づくりへの主体性を引き出す>、く時間をかけて住民と信頼関係を築いている>、く関係者の理解を促す説明資料を作成できる>、く関係者と連絡をとるタイミングを見極められる>など、高度な【コミュニケーション能力】を駆使していた。

また、A 県の保健師はく研修に積極的に参加し、専門性を磨く>、くロールモデルを持って自己研鑽している>、く自主勉強会を企画する>、く前例がないことについては、文献などを用いて関係者で学習する場をつくる>など、自らの専門性を伸ばす努力をするとともに、くほかの保健師にとってのロールモデルになる努力をする>、くメンタリングやコーチングの技術をつかって後輩の能力を引き出す>など、く保健師の人材育成に関して問題意識を持>ち、人材育成に積極

的に関与していた。加えて、く組織の配置や人材育成について問題意識を持>ち、く活動の実現にむけて意思決定に関与できる役職につく>など、組織を俯瞰し、活動に従事するなど、【組織管理・人材育成能力】を有していた。

また、く支援の中に生活の視点を取り入れる>ており、く未然の公衆衛生活動を重視するマインドを持>など、【公衆衛生マインド】の重要性を認識していた。

D. 考察

1. SC 醸成を支援する保健師の資質

本研究の結果から、A 県の行政保健師が地区組織活動を行う際に必要な能力として、《地域のアセットを発掘する能力》、《関係者(機関)の専門性・役割機能をオーガナイズする能力》、《将来の地域をイメージし持続的なシステムを志向する能力》、《住民のニーズによって支持される前向きな態度》と、これらの能力の基盤として、《活動のベースとなる保健師のコア能力》が特定された。このうち、《活動のベースとなる保健師のコア能力》の内容は【組織管理・人材育成能力】や、セクターや地域を超えた関係者との【コミュニケーション能力】と【PDCA 展開能力】などであり、中堅期から管理期の保健師に期待されるコア能力⁹⁾に一致するものであった。また、これら能力は、独立して機能するものではなく、総体として機能することにより、地区組織活動の発展につながっていたと考えられる。

田上⁹⁾は「みる、つなぐ、うごかす」が SC を活かした保健活動を表現したものであり、「みる」は活用しうる資源の発掘、

「つなぐ」は関係者をつなぐこと、「うごかす」は関係者を健康なまちづくりにむけて協働するよう動かすことであるとしている。これら能力はそれぞれ、本研究における《地域のアセットを発掘する能力》、《関係者（機関）の専門性・役割機能をオーガナイズする能力》、《将来の地域をイメージし持続的なシステムを志向する能力》と一致する。

ただし、本研究からはSC醸成を支援する「つなぐ」能力の新たな要素が明らかになった。すなわち、《地域のアセットを発掘する能力》をもって、そこで発掘されたアセット同士を単に結びつけるだけでなく、関係者や機関の専門性や機能などの強みを知り、適材適所を見極め、だれ（何）とだれ（何）を結び付ければ相関係者と共有することで、健康な地域という共通の目標に関係者を導いていた。パトナム⁹⁾のSCの定義からは、信頼やネットワークなどは、それ自体はSCを意味するものではなく、それらが、社会組織の互いの利益、すなわち共通の目標に向かって働くことがSCの重要な要素であると解釈できる。これらを踏まえると、SC醸成を支援する保健師には《関係者（機関）の専門性・役割機能をオーガナイズする能力》を持つことが望まれ、そしてオーガナイズするときには、「うごかす」方向性を見通していること、すなわち、《将来の地域をイメージし持続的なシステムを志向する能力》を備えていることが重要であるといえるだろう。

さらに、本研究からは、《住民のニーズによって支持される前向きな態度》も地区組織活動を発展させるうえで重要な能

乗効果が期待できるかを判断し、「つなぐ」能力、すなわちオーガナイズという側面であった。組織の人材マネジメントでは、人材のタイプ分けを行い、その組み合わせを考える枠組みが必要となる¹⁰⁾。すなわち、個々の能力が高くてもそれが消しあってしまう意味がなく、組織には、それぞれの能力が総体としての機能するよう、個人個人を調整することが必要とされる。これは、SC醸成において保健師に期待される《関係者（機関）の専門性・役割機能をオーガナイズする能力》に相当する資質といえるだろう。また、A県の保健師は、《関係者の専門性・役割機能をオーガナイズする》際に、健康ニーズを

力として特定された。高い業績を上げている人が共通して備えている能力はコンピテンシーと呼ばれ、物事の考え方、仕事に対する姿勢、価値観（こだわり）、行動特性などがそれにあたる¹¹⁾。今回特定された前向きな態度とは、このコンピテンシーに相当するものと考えられる。コンピテンシーは後天的にも習得可能とされる¹¹⁾ことから、SC醸成を支援する保健師の能力を強化する場合には、前向きな態度などコンピテンシーを強化していくことも重要であるといえるだろう。

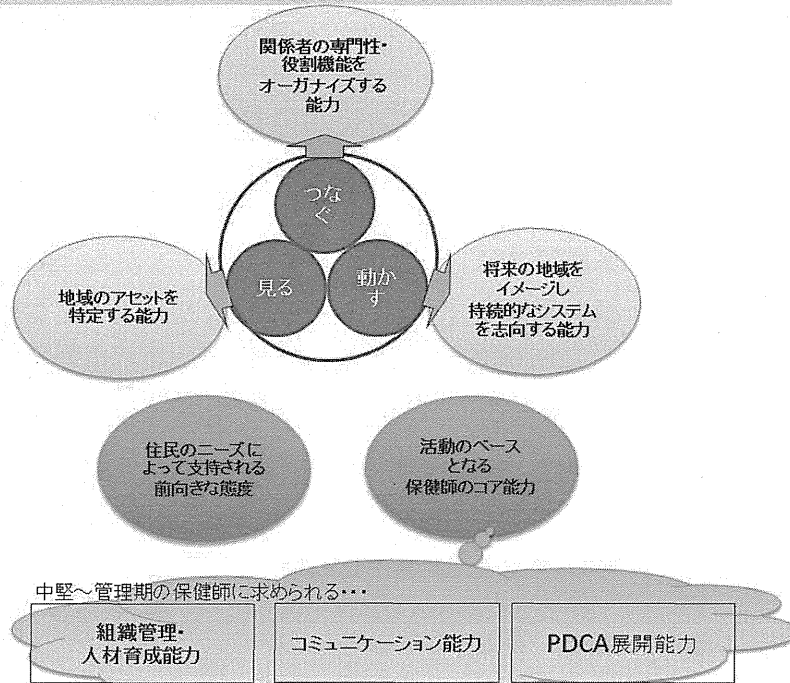
2.SC醸成を支援する保健師の育成に向けて

Global Independent Commission は21世紀の保健医療専門職の教育¹²⁾のなかで、現在、全世界的に保健医療従事者の教育の主流となっている、医学教育を基盤とした高度に専門分化した教育方法では、各国の住民ニーズや当該国のヘルスシステムに対応できないため、教育変革の必要性を提言している。また、提言には、住民のニーズに対応した保健医療サービスの提供に必要なコンピテンシーを特定し、コンピテンシーに基づく教育プログラムの策定が含まれている。わが国では、近年になって、SCに立脚した健康づくりの必要性が言われるようになったこともあり、現在、看護基礎教育においても現任教育においても、SC醸成を支援するための教育は実施されていない。SC

醸成を支援する人材の養成は、地域保健対策検討会報告書²⁾にも記されていることであり、今日わが国の健康ニーズといえる。本研究では、SC醸成を支援する保健師の資質を特定した。したがって、ここで特定された資質をベースに、SCに立脚した健康づくりを支援する人材の育成プログラムを策定することは有用であると考えられる。

ここで、本研究でSC醸成支援に必要な能力として特定された、《地域のアセットを見つける能力》、《関係者（機関）の専門性・役割機能をオーガナイズする能力》、《将来の地域をイメージし持続的なシステムを志向する能力》などの能力は、単に知識を習得すれば獲得できるものではなく、長期的な教育機会が必要な能力である。このため、講義などトレーニング（train）型の研修で

ソーシャルキャピタル醸成を支援する保健師に求められる資質



ソーシャル・キャピタル醸成を支援する保健師の求められる資質

はなく、OJT や自己研鑽など、日々の経験をベースに自ら学習 (learn あるいは Study) して開発する必要がある。

しかし、一人配置など分散配置が進む今日の地域保健体制下で、保健師の現任教育のための適切な OJT 体制の確保には限界があり、SC 醸成を支援する能力を育成する場合には、効果・効率的な Off-JT を企画する必要がある。たとえば、《関係者 (機関) の専門性・役割機能をオーガナイズする能力》を育成する場合、研修の参加者には、保健師だけでなく、地域に存在する専門家 (医師、助産師、大学教員など) を巻き込む必要があるだろう。そして、多職種が集まる形式の研修を行うことは、研修自体が SC 醸成の場として活用できるだけでなく、研修参加者は研修終了後も、地域の SC の要素になる可能性がある。ここで、地域の SC 醸成は、住民の果たす役割が大きいが、今回の調査だけでは、住民あるいは住民代表の研修への参加の必要性・妥当性までは検証できなかった。今後、地域住民の研修への参加についても検討することが重要である。

また、今回の調査からは、SC 支援の資質のベースとして【組織管理・人材育成能力】などの管理期・中堅期の保健師のコアの能力を獲得していることの必要性が示された。このことから、研修の対象となる保健師は、管理期・中堅期から選定することが望ましいだろう。ただし、《住民のニーズによって支持される前向きな態度》など、いわゆるコンピテンシーは、経験年数とは必ずしも連動しないため、各自治体において、新任期への SC

支援にかかる Early Exposure の機会を確保することも必要であると考えられる。

研修の手法は、特定された能力の特性を踏まえ、いわゆるトレーニングではなく、ラーニング型の研修を企画する必要がある。また、一回で完結しない、継続した関与が必要である。継続的な関与を考える場合、集合型研修で行うことには限界がある。ただし、SC の特性から、研修の方法や期間、参加者等は、地域特性を踏まえる必要がある。したがって、今後は、対象地域を選定し、Community Based Participatory Research (CBPR) などの手法を用いて、現場レベルで、研修とエビデンス集約を同時に行うことが効果的であると考えられる。

3.本研究の限界

本研究では、A 県で勤務した 2 名の保健師のインタビュー結果を中心に分析しており、すべての保健師に一般化できるものではない。今後は、ほかの地域や保健師への調査、加えて量的調査を行うことが求められる。

E.結論

1.SC 醸成を支援する保健師には、《地域のアセットを特定する能力》、《関係者 (機関) の専門性・役割機能をオーガナイズする能力》、《将来の地域をイメージし持続的なシステムを志向する能力》、《住民のニーズによって支持される前向きな態度》および《活動のベースとなる保健師のコア能力》が必要である。なかでも、《将来の地域をイメージし持続的なシステムを志向する能力》をもって、関係者

を健康づくりという共通の目的に向かわせること、目的達成のために関係者の強みを引き出し適材適所の調整をする《関係者（機関）の専門性・役割機能をオーガナイズする能力》を備えることは SC 醸成を支援するうえで重要である。

2.現在、SC に立脚した健康づくりを支援する人材育成のプログラムは存在せず、本研究で特定された能力をベースに、SC に立脚した健康づくりを支援する人材の育成プログラムを策定することは有用である。

3.研修の参加者には、保健師だけでなく、地域に存在する専門家（医師、助産師、大学教員など）を巻き込む必要がある。多職種が集まる形式の研修を行うことで、研修自体が SC 醸成の場として活用できるだけでなく、研修参加者は研修終了後も、地域の SC の要素になる可能性がある。

4.SC 支援の資質のベースとして管理期・中堅期の保健師のコアの能力を獲得していることの必要性が示されたことから、研修対象となる保健師は、管理期・中堅期が望ましい。ただし、態度などのコンピテンシーは、経験年数とは必ずしも連動しないため、各自治体は、新任期への SC 支援にかかる **Early Exposure** の機会を確保することも必要である。

5.研修の手法は、特定された能力の特性を踏まえ、いわゆるトレーニングではなく、ラーニング型の研修を企画する必要がある。また、一回で完結しない、継続した関与が必要である。

6.SC の特性から、研修の参加者、方法、期間等には、地域特性を踏まえる必要がある。今後は、対象地域を選定したうえ

で、CBPR などの手法を用いて、研修とエビデンス集約を同時に行う必要がある。

[文献]

- 1) 尾島俊之: ソーシャル・キャピタルと地域保健. 保健師ジャーナル, Vol.67, No.2: 96-100, 2011
- 2) 地域保健対策検討会: 地域保健対策検討会報告書～今後の地域保健対策のあり方について～, 2012
- 3) 田上豊資: 保健師活動とソーシャル・キャピタル. 保健師ジャーナル, Vol.67, No.2: 127-131, 2011
- 4) 今村晴彦, 印南一路: 地区組織活動についての全国調査結果から. 保健師ジャーナル, Vol.67, No.2: 119-126, 2011
- 5) 中山貴美子: 住民組織活動が地域づくりに発展する保健師の支援内容. 日本地域看護学会誌. Vol.11, No.2: 7-14, 2009
- 6) Putnam RD: Making Democracy work: Civic transitions in modern Italy. Princeton University Press, 1993
- 7) R.ホイットリー: ソーシャル・キャピタルと公衆衛生—質的研究とエスノグラフィック・アプローチ. イチローカワチ, S.V.スブラマニアン, ダニエル・キム編: ソーシャル・キャピタルと健康. 日本評論社. 東京: 152-180, 2008
- 8) 山梨県福祉保健部: 未来につなぐ保健師のあゆみ. 2012
- 9) 平野かよ子, 宮崎美砂子: 保健師のキャリアラダーについて. 研究代表. 佐伯和子: 平成 18 年度厚生労働科学研