

地域ケアシステムを構築した際に保健婦がもちいた能力

岡田 麻里* 村嶋 幸代^{2*} 麻原きよみ^{3*}

本研究の目的は、保健婦が地域ケアシステムを構築する際にどのような能力を用いたかを明らかにすることである。

研究対象は、地域のケアシステムをつくった保健婦4人であり、機縁法により選定した。分析に際しては、Bennerの提案した看護実践の7領域を枠組みとし、Descriptive Methodを用いて分析した。

4人の保健婦は、システム構築に際しBennerの提示した7つの領域のうち6つの領域で機能を発揮していた。このうち「組織化の能力と仕事役割能力」では非常に多くの記述があり、さらに7つの項目に細分化された、「保健婦としての姿勢」・「情報の獲得と提供」・「制度の活用」・「発言力」・「将来を見通した創造力」・「予算化」・「知識の獲得」であり、システム構築の際の共通点であると考えられた。

4人の保健婦とも、システム構築の原動力となったのは、個別事例に接して強く心を動かされ、怒りや、無力感、行き詰まりを感じたことであった。すなわち個人の問題解決への強い願いが地域の健康問題解決のためのシステムづくりに発展していった。このことは、保健婦が個別ケアから帰納的に地域の問題を抽出し、その問題解決のために活動していると解釈される。この点に、看護を基盤として、行政の中で働く保健婦の独自性があると考えられた。システム構築の過程で、予算化・条例化等も行っており、保健婦がそれを推進する役割を担っていた。このような点に、行政機構内に保健婦が存在する意義の一つがあると考えられた。

Key words : 行政, 地域ケアシステム, 保健婦の能力, 組織化, 個別ケア

I はじめに

保健婦助産婦看護婦法において保健婦・士とは「保健指導に従事するもの」¹⁾と定義され、家庭訪問・健康教育・健康相談等多彩な活動を行っており、個別の住民に対する保健婦の役割は今までいろいろな形で示されてきた。例えば、家庭訪問におけるリハビリ指導や生活指導または車椅子等の貸し出しなど物質的社会資源の活用等である²⁾。また、Zerwekhはexpert public health nurseに面接し、ハイリスクの母子の家庭訪問に用いられる「居場所をさがし信頼関係を築く」、「介入のタイミングと探求」等の能力を明らかにしている^{3~5)}。

その一方で、行政で働く保健婦・士は担当地域を受け持ち、その地域が抱える問題を行政や施策

に反映させるという役割があるという考え方があり、必要な支持システムを社会システムのなかに確立していく活動を目指さなければならないことが指摘されている⁶⁾。

システムとは「一貫した組織、一定の役割を持つ物・人が構成する秩序」⁷⁾を言うが、本研究では保健婦の活動によって築き上げられる地域の人的・制度的つながりを「地域ケアのシステム」(以下システムと略す)と考える。地域の中にこのようなシステムができることにより、秩序だったサービスが提供できるという利点がある。

このように、保健婦として施策へ関与することが強調され、地域ケアシステムを構築することも保健婦の重要な役割の一つである⁸⁾とされているが、これを実践するためにどのような能力が必要であるかはいまだ明らかにされていない。

本研究の目的は、保健婦が行政で働く意味を明示するために保健婦がシステムを構築する際に用いた能力を明らかにすることであり、その第一段階としてシステムを構築した4人の保健婦に面接調査を実施した。

* 元東京大学医学部健康科学・看護学科地域看護学教室

^{2*} 東京大学医学部健康科学・看護学科地域看護学教室

^{3*} 長野県看護大学看護学部

連絡先: 〒723 広島県三原市円一町2-6-2-203

岡田麻里

II 研究方法

1. 研究対象

研究対象は、保健所または市町村の保健センターに勤務している保健婦である。対象者は構築したシステムについて報告書等で発表しており、またその活動はその周辺地域の保健婦から広く認められている人とした。対象者は研究者らの機縁に基づいて調査を依頼した。すなわち、Nominated Sampling Method⁹⁾である。調査期間には1994年7月16日から10月25日で、その間に紹介され面接に至った保健婦は4人である。

彼女たちは9年から30年の保健婦として実務経験があり、それぞれの地域で彼女たちのリーダーシップによってシステムをつくった経験を有している。それらはA保健婦「痴呆性老人デイケア」、B保健婦「市立訪問看護ステーション」、C保健婦「介護を考える“Bの会”（介護者の会）」、D保健婦「D市障害児ケアシステム」である。

2. データ収集方法

データ収集方法としては半構成的な質問による面接調査を行った。質問内容は対象とした保健婦がつくった地域ケアのシステムに関する既存の資料を基に、「なぜそのシステムをつくることが必要だったか?」、「どのように誰の協力を得たか?」、「苦労した点」等である。研究の了解を得た後、質問内容を対象者にあらかじめ手紙で知らせ、当日、その内容にそってインタビューを行った。面接時間は2時間程度で、これらをすべて許可を得て録音し、逐語的に書き起こした。

また、システムの意義を知るためにAではデイケアに参加して老人の様子や保健婦・ボランティアの関わり方を観察し、Bでは訪問看護婦から受け持ちの患者について説明を受け、Cでは会の開催状況や介護者が自分の経験を発表する様子についてのビデオを見た。

3. 分析方法

保健婦・士の能力のように十分に明らかにされておらず、また複雑な現象には演繹的研究を用いることが難しく、帰納的な質的研究方法が有効であるとされている^{3-5,10)}。このため、分析方法はDescriptive Method¹¹⁾を用いた。この方法は質的研究方法の一つとして位置づけられ、人間と環境

との関係性を探索するのに有効とされる方法である。保健婦が周囲の環境に働きかけ、地域ケアシステムを構築する過程を分析する方法として有効であると考え、この方法を用いた。具体的には、逐語記録を分類していくために看護の枠組みとしてBenner¹⁰⁾の提示した7領域を用いた。この7領域はエキスパートの臨床看護婦の実践から導き出されたものである。Gatley¹²⁾はこれを訪問看護婦の学生教育に用いる試みを検討した。日本でも、近年Bennerへの関心が高まり彼女の領域や理論に焦点を当てた研究報告¹³⁾や実践報告¹⁴⁾があるが、保健婦に対しては用いられていない。しかし、本研究は保健婦の能力に対する質的アプローチの第一段階として、Bennerの領域を同じ看護教育を基礎として持つ保健婦に用いることにより、保健婦の能力がより明確になるのではないかと考え、採用した。

この臨床看護の7領域とは1)援助役割、2)指導/手ほどきの機能、3)診断機能とモニタリング機能、4)急速に変化する状況における効果的な管理、5)治療的療法を施行しモニターする、6)質の高いヘルスケア実践をモニターし保証する、7)組織化の能力と仕事役割能力である¹⁰⁾。

インタビュー逐語記録の保健婦たちの一連の行動および考えを取り出し、一つ一つが持つ意味を考えて7領域に分類していった。しかし分析の進行に伴い、分類できない項目がみられるようになった。その内容は保健婦がシステムを構築する上で用いる組織化の能力と考えられたが、Bennerの領域における7)の細項目は「患者のニーズを位置づけそれに応える」、「最適なヘルスチームの構成と維持」、「スタッフ不足および高い退職率への対処」等であり、この定義のまま今回の事例を分析することはできなかった。そこで、Bennerの枠組みを訪問看護婦に用いたGatley¹²⁾の定義を領域7)に適用し、「さまざまな患者のニーズにあったサービスをコーディネートし治療チームを編成維持するために効果的なマネジメント技術を用いる。」と再定義して同じ意味を表すと思われるものを暫定的に分類し、後に新たな細項目を設定して、再度分類し直した。分類に際しては、一事例ごとに、保健婦として豊富な経験を持つ研究者と共に検討した。

表1 4人の保健婦のプロフィール

(面接時)

保健婦	A	B	C	D
年齢(歳)	46	54	37	52
看護教育歴	看護学校 保健婦学校	看護学校 保健婦学校	看護学校 保健婦学校 卒後教育 K 院 (専攻課程 1 年) (専門課程 2 年)	看護学校 保健婦学校 大学研究生
保健婦経験年数 (年間)	24	31	9	28
システムを始め た頃のポスト (年)	スタッフ保健婦 (S.56)	スタッフ保健婦 (S.61)	スタッフ保健婦 (S.63)	保健所保健指導主査 (S.58)
現在のポスト (年)	保健センター所長 (H.7)	保健センター所長 (H.7)	看護大学教員 (H.7)	保健所課長補佐 (H.7)

Ⅲ 研究結果

1. 4人の保健婦の事例紹介

対象となった保健婦のプロフィールを表1に示す。表2には各保健婦がケアシステムをつくった地域を紹介する。また、なぜシステムが必要であったか、どのようにシステムをつくっていったか、苦勞した点など聞き取り調査した内容を述べ、表3にまとめた。

ここでは保健婦たちが、事例と接し地域ケアシステムを構築するに至った過程とその結果を述べる。

1) A 保健婦について

昭和56年頃より、痴呆性老人を抱えて、介護問題で悩んでいる家族が増え、家庭訪問でもA保健婦が担当する地域で「老人を抱えて大変」、「辛い」といった訴えが聞かれていた。また同時に、A保健婦は一人一人の老人は施設に預けられてしまうよりも、生まれ育った地域の中、すなわち家庭で生活することを強く望んでいることも家庭訪問で感じ、見てきた。しかし、相談を受けてもそれを解決する方法が見つからず、A保健婦自身どうすればいいか困っていた。そして、A保健婦はそれが可能となる“何か”の必要性を強く感じ、

表2 地域の特徴

	A	B	C	D
システムをつくった地域	A 県 A 町	B 県 B 市	C 県 C 市 C 区	D 県 D 市
人口数(人)	32,576	43,064	約310,000	161,370
65歳以上(人)	4,252	4,821	24,800	17,258
同上割合(%)	13.1	11.2	8	10.7
市区町村保健婦数(人)	7	6	20	12
保健婦一人当たりの平均担当住民数(人)	4,654	7,177	約18,000	約14,000
地域の特性	農業中心 新しく産業都市として 企業誘致	農村に大企業を誘致 S.47年に市となる	ニュータウンで人口多い 交通不便	S.40年代福祉に力点 建物は充実している 転勤族が多い

表3 保健婦がなぜ地域ケアシステムをつくったか、苦勞した点と保健婦の行動

	A 保健婦	B 保健婦	C 保健婦	D 保健婦
構築したシステム	痴呆性老人デイケア	市立訪問看護ステーション	介護を考える“Bの会”	D市障害児ケアシステム
システムの概略	痴呆性老人を週一回、朝10時から夕方4時まで預かりケアをする送迎、昼食付き	市立訪問看護ステーションを保健センター内につくった	介護者のグループを形成した。その過程で講演会等を開催し、市民行政職の参加を促し、各地域にグループを作っていた	障害児に関わっている地域の機関（保健所、市役所通所施設、社会福祉協議会、乳幼児センター保育園等）が共同で事業を行ったり、強い人的ネットワークを持った
システムの意義	デイケアに参加することに老人達が喜びを感じている 問題行動の軽減 介護者の休息	看護婦を常勤で採用できる 患者に対し看護婦を責任を持ってケアを提供できる 看護記録が充実する 患者の症状の改善（褥そうが改善した事例）	介護者間で情報交換ができる 介護問題を地域の問題として展開できる	母と子に対し一貫した関わりができる 地域の施設が職員や住民に利用されやすくなる 母と子が安心して暮らせる地域づくり活動の一つとなる
システムができる前の状況	痴呆性老人を抱える家族の悩み 痴呆性老人の精神症状・問題行動が激しい 老人の気持ちが無視されている	地域に医療依存度看護依存度の高い人が増えた パートの訪問看護婦では対応できない患者のニーズ 看護婦の身分保障がない	介護している家族の苦勞・健康問題 個人ではもう解決できない 地域の問題 「仕方ない」という発想 問題が顕在化されていない	サービスが一貫していないためせっかくある施設が活用されていない 利用者の減数 母親の不安・孤立化 母親の声が届かないため、障害児の生きる権利が保障されていない
当時の保健婦の気持ち	保健婦自身がどうしたらいいかわからず、家族と一緒に泣いていた	怒りを感じていた	保健婦が行き詰まっていた	NICUの重症の障害児を見て胸のふさがるような思い 生きる権利を無視した発言に怒りを感じた
当時保健婦としてどう考えたか	老人が本当に家庭にいたいならそれが可能になる“何か”を作らなければならない	ナースの身分を保障することにより質の高い看護を住民に提供する	介護者同志が集まり慰めあう“場の確保”が必要 “情報の発信源” “問題の社会化” 周囲に影響を与える事が大切である	それぞれの組織が問題を共有し、協力しなければならない ネットワークを作る その中に親の会を位置づける
システム構築時苦勞した点	方法論がなかった 世間体を考えデイケアに参加することの理解が得られなかった 専門医の確保 スタッフ教育のプログラムがなかった	市が財源難でありナースを市の職員にすることに理解が得られなかった	現象だけにとらわれ、なかなか実態を理解してもらえなかった スタッフの中での問題の共有化を図ることの難しさ	事業の妨げになると“親の会”をサポートする事に理解が得られなかった 看護職としての保健婦の役割をなかなか認めてもらえなかった

表 3 保健婦がなぜ地域ケアシステムをつくったか、苦勞した点と保健婦の行動（つづき）

	A 保健婦	B 保健婦	C 保健婦	D 保健婦
システム構築時の保健婦の行動	家庭訪問 寝たきり老人の訪問指導 某企業からの補助金の予算化 先進地保健所の見学 保健所長に相談 住民への啓蒙 他職種との連携 自ら勉強し、スタッフへ教育	住民の声・看護婦の声を市長へ 制度のピックアップ・採用 予算化（費用とメリット） 市長を取り巻く団体に運動 復活要求 ・予算請求 ・資料づくり スタッフの意見を統一 先進地の視察と研究	訪問による問題の発見 スタッフとの話し合い 会員の確保 問題の研究 講師との交渉 情報提供 場の確保（会場） 会のメンバーと関わる	健診等から問題発見 データからの判断 関係機関との情報交換（乳幼児センター・NICU…） 処遇委員会での提言 研究・文献検討 学会で発表 情報キャッチ・収集 親の会に対する理解を得るための公報，PR を地域の機関へ送る
システムを作ることに関わった主なスタッフの職種	保健センター保健婦 保健センター事務職 保健センターワーカー 保健所長（精神科医）ヘルパー ボランティア	保健センター保健婦 訪問看護婦 課長 部長 総務課 市長	保健所保健婦 保健所精神担当ワーカー 社会福祉協議会職員 “B の会” 世話人会会員	保健所保健婦 市役所 保健婦 福祉部相談員 児童課事務員 ケースワーカー 乳幼児センタースタッフ K 大学病院 NICU 医師・看護婦 病棟看護婦 保育園 園長・保母 地域の医師会 民生委員 親の会の会員

「何とかしなければならぬ」と 6 年間悩み続けていた。この 6 年間の家庭訪問では、老人は痴呆が進むにつれて社会とのつながりがなくなっていく、家庭に閉じこもりがちになる。それによって家族との人間関係や精神状態が悪くなり問題行動を起こすようになって、家庭での生活が困難になっていくことがわかってきた。そこで、閉じこもりを防ぐ場としてのデイケアの必要性を強く感じるようになった。

このような時、昭和62年社会福祉協議会から「〇社の補助金があるので、老人福祉に関する事業は何かないだろうか？」と相談を受けた。日頃、その必要性を感じていた A 保健婦は託老所をつくることを提案し、これがきっかけとなり、「デイケア」開設へとつながった。開設準備の過

程で、A 保健婦は痴呆性老人のデイケアについてスタッフの中で検討を重ね、先進地へも見学に行った。見学先は、素人のボランティアによるデイケアであり、素人のボランティアの発言で痴呆性老人が傷つけられるという場面を目の当たりにした。そのため、A 保健婦は新しくつくる自分の所のデイケアでは、専門職が中心となって進めることを提案した。デイケアができたことにより、痴呆性老人にとっても社交の場を持つことが可能になった。

デイケアの参加観察の結果では、季節の行事や老人の体力を考慮し細かい工夫がなされていた。このため、参加者からは、デイケアに参加することにより「楽しみ」、「充実感」、「また来たい」という気持ちが語られた。このような人間らしい気

持ちを感じるにより精神状態が安定し、家庭での介護がしやすくなったという効果があらわれた。その後、重度の痴呆性老人デイケアだけでなく、中度、軽度の痴呆性老人デイケアが開設され、早期の段階から痴呆の進行をくい止めることが可能になった。A 保健婦は、保健婦が中心になって進めたことにより、治療的デイケアの特徴を出すことができたと考えている。

現在 A 保健婦は、次の課題として在宅ケアの24時間体制に向けて取り組んでいる。

2) B 保健婦について

人口の高齢化とともに、在宅における看護ケアのニーズが増加してきている。特に、医療依存度・看護依存度の高い人が病院から地域に帰ってくるようになった B 市では、昭和62年から、在宅療養者訪問看護事業により、訪問看護婦を自宅に派遣してきた。しかし、この事業は訪問看護婦をパートで雇用する事を前提としており、個々の住民のニーズに細やかに対応する看護が提供しにくかった。そして、何よりも訪問看護婦の身分が保障されていないため、質の高い看護婦を確保し続けることが困難であった。これでは「質の高い看護を継続的に住民に提供することはできない」と B 保健婦は判断した。訪問看護婦達からも「公費の枠で規定された現在の訪問看護の回数では、患者のニーズに応えることはできない」という声が起こってきた。一方、老人保健法に基づく租税による現行の訪問看護は、市の財政状態の悪化とともに制限される傾向が出ており、現在地域で生じているニーズとの乖離が大きくなってきていた。

そこで、B 保健婦は「市立の訪問看護ステーションを開設することにより、市民に対してきめ細やかな看護サービスが提供できることはもちろん、看護婦の人件費等の運営は保険料でまかなえるため、市の財政を圧迫しないというメリットがある。これは将来的に高齢者の入院を少なくし、ターミナルケアを在宅で実施でき、医療費の削減にもつなげることができる。」と考えた。そして、平成6年4月開設を目指して、平成5年8月から準備を開始した。しかし、総務課の理解がなかなか得られず、新規の予算要求ということもあり一旦は拒否された。B 保健婦は財政困難な時代ではあるが、このような時代だからこそ、その中で地域ケアを位置づけることの大切さを考え、訪問看

護婦や住民の意見をまとめて市長に直接訴えると共に、予算の復活要求を行うことで訪問看護ステーション設立のための条例改正を実現させた。

その結果、平成6年度から市立訪問看護ステーションを開設することが認められ、5月には開所式を行い、管理者を市の職員に、スタッフ看護婦を市の嘱託として確保することができた。これによって、担当の訪問看護婦により、病状の変化に即応して訪問でき、一貫した看護処置が可能になり、観察記録も充実した。訪問看護婦からは、身体に5カ所も褥瘡ができていたのに約2カ月でほぼ治癒した事例が紹介された。一方で、訪問看護婦にとっては、ステーションに所属しているという強い責任感と自覚が生まれた。このように、市民に質の高い訪問看護を提供する基盤ができあがった。

B 保健婦は面接時、平成7年度に向けて4人の看護婦を市の職員にするため資料を整理し予算要求していた。ステーションの運営は順調で、B 保健婦はスタッフが生き生きと活動している姿を見てステーション開設のための復活要求を出してよかったと実感している。

3) C 保健婦について

C 保健婦が勤務していた C 市 C 区においても家族が抱えている痴呆性老人の介護に関する問題は大きく深刻であった。しかも保健婦一人当たりの平均担当住民数が約1万8千人と非常に多く、保健婦が一軒一軒訪問してこのような家族が抱えている問題を解決していくことは不可能であった。このような状況下で、C 保健婦自身行き詰まり「対症療法的な家庭訪問をやることだけが保健婦の役割だろうか？」と疑問を持つようになった。

K 院へ進学し、この時の保健婦実習で痴呆性老人を取り上げ家庭訪問したことがきっかけとなり、昭和63年、C 保健婦は新たな視点を持って、再び現場の保健婦として活動を開始した。家庭訪問で徹底的に介護者の思いを聞くことにより、さまざまな問題に気づかされた。そしてこの問題を解決していくには保健婦の力だけでは不可能であり、介護者一人一人の意識が変わっていかねば、本質的な問題解決にはならないと考えた。ここで言う問題とは、①介護者自身の健康が害されているという事実、②その健康問題が顕在化され

ていない事実、③その背後には、「仕方ない」と片づけて問題として取り上げようとしない人々の意識がある、以上の3点であるとC保健婦は考えた。

そこで、C保健婦は会合を開き“介護者の会”をつくることにより、介護者同士が孤立せずに集まり、自分たちの悩みを言い合える“場”を確保し、その会を介護者が抱える問題と実態を地域に伝える“情報の発信源”とすることが大切であると考えた。そして、この会に専門職として保健婦が参加することにより“痴呆性老人と介護者の健康と生活”を考える会にすることができ、保健婦自身もそこから学ぶことができる。さらに、会を充実させることにより他の社会組織にその存在をアピールすることが非常に重要であると考えた。

しかし、同僚の保健婦のなかには「少数しか集まらない会は無意味だ」という意見もあり、問題の共有化を図るのに苦労した。それでもC保健婦はあきらめず、講演会に講師を招き目的を明確にすることで会員間の意思統一を図っていった。平成5年には会場Yにおいて、「介護を考える“Bの会”」の発会式が行われた。約200人以上の参加者と、保健所・社会福祉協議会・医師会・薬剤師会・福祉事務所等からの参加も得られた。介護者の会はその後8カ所以上に増え、着実に根を張りつつある。

筆者が見た開催状況を撮影したビデオからは、介護者の代表として自分の介護体験を語る者や、目にハンカチを当てながら話を聞く者、また受付係や司会者、カメラ係などスタッフとして積極的に参加している会員の姿がみられた。

4) D保健婦について

D市は昭和30年代から上下水道などの衛生面の整備が行われ、福祉にも昭和40年代から力を入れてきた市である。また、企業の社宅が多い地域で2年から3年で転勤してしまう家族が多く、母親と子供は非常に孤立しやすい環境にあった。D保健婦は、昭和58年にD保健所の勤務となった。管内は市立乳幼児センター・保育園・大学病院・保健所等がありハード面は充実していたが、それらは十分に活用されておらずソフト面の整備はこれからであるという事に気がついた。

そこで、赴任当初の昭和59年は、保健所の一員として母子保健についてさまざまな面からの分析

を行った。家庭訪問や発達健診では母親の不安や心配に気づいた。母親は、子供が産まれる前から子育てが始まってからもずっと不安や心配を抱えているものである。産まれてくる子供が障害を持った子供であれば、母親にとってその不安は大きい。しかし、母子保健の分野ではそれぞれの組織や制度の都合により対象年齢が決められている。D保健婦は母親が子供の健康や育児に関する問題を持った場合、どこへ行けばいいのかきちんと誘導していく必要性のあることに気づいた。そこでD保健婦は障害を持っているか否かに関わりなく、地域で安心して母と子が生活するにはどうすればいいのだろうかという観点に立ち、地域にある組織が協力し、制度をつなげていくことにより、出産前から育児期を通して一貫した親子に関わっていくような仕組みをつくる事をスタッフや関係機関に提案した。例えばネットワークの一部を例に示すと、D保健婦は保健所の事業である療育相談と市立乳幼児センターの2歳以上の幼児を対象にした療育相談を共同開催することを提案し、昭和60年度からそれが実施された。これにより、スタッフの間で、乳幼児の健康診断から療育相談への強い人的ネットワークができた。この後、減少していた療育相談の利用者の数が再び増え、専門家や市民によってまだ十分に活用されていなかった乳幼児センターが利用されるようになった。また、D保健婦は「母親の会」にも積極的に関わりを持ち、専門機関のネットワークの中につなげていった。

D保健婦は、このようにして利用者の立場で各機関で働く人がうまく機能するような人的ネットワークをつくっていった。地域内の各施設が関連性を持って機能することにより、それぞれの施設で母と子は一貫してサービスを受けることができるようになった。また、各施設間に横のつながりができたことで、住民に対して一貫したサービスが提供でき、それらが持つ機能を十分に発揮することができた。

D保健婦はこの後勤務地をかわったが、新しい地域でもD市で開拓した方法論を応用し、新任地では2年間で同様のシステムを構築した。

2. 地域ケアシステム構築過程における保健婦の能力

4人の保健婦が地域ケアシステムをつくってい

表4 4人の保健婦の役割・活動の P. Benner が提案した領域へのあてはめ

P. Benner の領域	A	B	C	D
1) 援助役割	患者の話を傾聴	頻回の訪問	家族への援助 気持ちの受容 介護者の支え合い 会のサポート	コンタクト 個別ケア 親同士の支え合い 会のサポート
2) 指導/手ほどきの役割	(一)	(一)	健康問題への導き	(一)
3) 診断とモニタリング機能	システム形成決心 必要性の確信 地域の問題の明確化 感覚的・直感的 現在の制度への判断	現在の制度・必要性の判断 地域の問題の明確化 スタッフの気持ちを理解	実態を把握する 家族の気持ちの変化をキャッチ 必要性を確信	現在の制度の見直し キーパーソン発見 母親の気持ちの理解 統計的データ
4) 急速に変化する状況における効果的な管理	(一)	(一)	(一)	(一)
5) 治療的介入と療法を施行しモニターする	(一)	褥瘡の処置 リハビリの援助	(一)	(一)
6) 質の高いヘルスケア実践をモニターし保証する	必要なケアを提供 専門医を説得 他職種の協力	スタッフの確保 スタッフの激励 スタッフの身分保障	他職種の協力 専門職の協力 専門機関の協力	予防的にかかわる地域の機関と関係を持ち、協力する
7) 組織化と仕事役割能力	スタッフ教育 役割分担の明確化 責任者との話し合い	地域の問題をスタッフと検討	スタッフとの何回もの討議 会員の選抜	目的の共有化 スタッフ教育 ネットワーク
(保健婦としての姿勢)	要望に応える 保健婦の役割追求	保健婦の役割追求	保健婦の役割追求	ノーマライゼーション
(情報提供と獲得)	他機関と直接の連携・見学的確な情報を伝達	積極的に先進地へ見学	情報発信・準備会・会への出席	手紙・電話・見学会への出席・新聞雑誌
(制度の活用)	地域の機関を活用	制度・法律の活用	専門家の活用	地域の機関の活用
(発言力)	統計的データ提出 会議での発言	上司へ訴える 市長への掛け合い 後援団体と打合せ	会計担当者との交渉	会議での発言
(将来を見通した創造力)	新しいシステムへの展望	新しいシステムへの展望	構築したシステムが与える効果	構築したシステムが与える効果
(予算化)	国の補助金獲得	予算化の資料作成条例化	通信費の捻出	(一)
(知識の獲得)	自己学習	法律を読む	勉強会への参加	雑誌・研修会・勉強会・自己学習 理論的実践的知識

った過程を Benner の看護の7領域にあてはめると以下のように区分できる。これらを表4にまとめた。

1) 援助役割

A 保健婦は家庭訪問で、興奮している痴呆性老人が本当は何を訴えようしているのかを知るために、気持ちを落ちつかせて話を聞いた。また、さまざまな制度を活用することによって、精神面だけでなくヘルパー導入等の実質的サービスや経済的サービスを用いることでも援助していた。

B 保健婦は必要な住民に頻回な訪問をした。

C 保健婦と D 保健婦は住民の“会”をサポートすることにより、慰めや気持ちの理解など情緒的援助を提供していた。

2) 指導/手ほどきの役割

C 保健婦は住民個人が抱えている問題を、各個人がどのように受けとめているのかを引き出し、どのように住民をリードしていけばよいか考えた。そして、会に参加する人たちが「健康の問題」を中心に考えるよう導いた。

3) 診断機能とモニタリング機能

A 保健婦は家庭訪問で痴呆性老人やその家族が持つ問題を察知し、ケアシステムの必要性を感じていた。

B 保健婦は現在行われているサービスや制度のあり方が、今の住民のニーズに合っているかどうか判断し、問題を明確化した。訪問看護婦の問題意識についても的確に捕らえていた。

C 保健婦はじっくりと一軒一軒家庭訪問することで、住民個人個人が本当はどういう生活を過ごしていたのかを見出し、実態を把握できていた。

D 保健婦は家庭訪問や健康診断等直接住民と会う機会に、どのような問題を抱えているのかを鋭く観察していた。また、その問題を理論づける統計的なデータを見たり、過去の書類からも判断していた。同時に、関係機関のニーズにも目を向けていた。

4) 急速変化する状況における効果的な管理

本研究においては、この領域に当てはまる記述が見られなかった。

5) 治療的介入と療法を施行し、モニターする

B 保健婦は褥そうやりハビリテーションの必要な患者に頻回に訪問し、必要なケアを提供していた。

6) 質の高いヘルスケア実践をモニターし保証する

A 保健婦は痴呆でない老人が痴呆性老人であると診断されていると直感的に感じ、専門医が必要であることを主張し協力を得ていた。またヘルパーと話し合い、役割を明確にし、ソーシャルワーカーと同伴訪問することによって福祉サービスの担当者の理解と協力を得ていた。

B 保健婦は意欲的な訪問看護婦を獲得するため、市立訪問看護ステーションを開設した。そのために、スタッフや上司の協力を得ていた。

C 保健婦は、講師を依頼し専門家としての話を住民にしてもらうことにより、会の質を高め目的意識を高めていた。

D 保健婦は地域の乳幼児センターや保育所と密接にコンタクトを取り、共同で事業を行うことによって各機関の機能や各専門職（保健婦や保母等）の役割を生かした。

7) 組織化の能力と仕事役割能力

以下の記述は「最適な治療を提供するためのヘルsteamの編成と維持」にあてはめることができた。

A 保健婦は自ら進んで勉強しそれをスタッフに伝えていた。他の職種とも話し合い、お互いの役割分担を決め、住民に対するケアの意思統一を図った。

B 保健婦はディスカッションを通して問題を話し合い、スタッフの中での意識を高めた。

C 保健婦は家族の持つ意識に対し、スタッフの中で何度もディスカッションをした。また、住民の中から会員として世話のできる人を選び、彼らに対しリーダーとして関わっていった。

D 保健婦はスタッフと問題を話し合い目的の共有化を図った。また、勉強会や研修会に積極的に参加し理論的に問題が判断できるようにスタッフ保健婦をリードしていた。

この領域を再定義して、分類した結果、新たに抽出された項目と内容は次の通りである。

(保健婦としての姿勢)

4人の保健婦は保健婦活動を行う節目毎に「保健婦の役割とは何か？」を意識し、「住民の要望に応える」、「住民が暮らしやすい地域の仕組みを作ること」が保健婦の役割であると堅い信念を持っていた。そして住民から学ぶという姿勢を持っ

ていた。

(情報の獲得と提供)

A 保健婦は他の関係機関に直接足を運ぶことにより、密接な関係をつくると共に、地域ケアにとって貴重な情報をスタッフや他の職種と効果的に交換していた。また、新しい情報を得るため先進地へ見学に行った。

B 保健婦は積極的に他の機関や施設に足を運び、仕事を行った。また、先行事例の見学も行った。

C 保健婦は介護を考える会を開き、保健婦として積極的に参加し情報を得た。住民に対しては手紙・ポスター・写真・冊子などを作成し会の情報を伝えることができるようにした。

D 保健婦は病院の看護婦と連携を取るためにNICUの見学会に参加したり、母親の会に出席し関係機関や住民の情報を得た。また、地域に関する新聞記事や専門雑誌に必ず目を通し、直感的に貴重な情報を得、連絡を取っていた。また、感謝や喜びの声を関係機関や責任者に伝えるために、こまめに手紙や電話で気持ちを伝えるよう心がけていた。

(制度の活用)

4人の保健婦とも、固定観念に縛られることなく柔軟に地域の施設や制度、法律、専門家等を活用しその機能を生かしていた。特に、国や社会の動向をキャッチして、先取りして事業を興していた。

(発言力)

A 保健婦は、統計的データを挙げるとともに、家庭訪問をしてきた実績に基づき会議でデイケアをつくることの必要性を具体的ケースを挙げながら会議で説明した。

B 保健婦は、市立訪問看護ステーションを開設するために、上司に訴えるだけでなく、市長と掛け合った。また、市長の後援団体とも連絡を取り、ステーションをつくることの必要性和利点を十分に説明した。

D 保健婦は、今までのように保健婦が会議に出席しているだけでは意味がないと考え、健診や家庭訪問で発見した問題を会議の席上で発言できるように努力した。

(将来を見通した創造力)

4人の保健婦は今回取り上げたケアシステムが

完成してからは、その効果を見届けそれをバネに新たなシステムをつくることへの展望を抱いていた。

(予算化)

A 保健婦は資料を作成し企業や国からの補助金を獲得した。デイケアが始まり、町の予算を獲得し、事業を継続した。

B 保健婦は予算化のための資料を作成し、訪問看護ステーションのための予算を獲得した。復活折衝に持ち込む際には、再度、予算案を作りなおし説得力を高めた。B 保健婦はこれを最終的に市議会で、市立訪問看護ステーションをつくるための条例改正へとつなげていった。

C 保健婦は事務職と交渉して、会の連絡費用を捻出した。

(知識の獲得)

A 保健婦は専門書を探し勉強した。

B 保健婦は法律を読み活用できる制度はないかと探した。

C 保健婦は勉強会に参加した。

D 保健婦は雑誌の講読、研究会への参加、勉強会を開く等行い、実践的知識と理論的知識とを結びつける努力をした。

Ⅳ 考 察

1. Benner の7領域を用いることの妥当性

Benner の看護論は日本でも広く紹介されている。現場で働くエキスパート看護婦をインタビューし観察することから導かれたこの理論は、多くの臨床看護婦を勇気づけたと言われている¹⁵⁾。これらの領域を用いたことで、保健婦がシステムを構築する過程において1)援助役割、2)指導/手ほどの機能、3)診断機能とモニタリング機能、5)治療的療法を施行しモニターする、6)質の高いヘルスケア実践をモニターし保証する、7)組織化の能力と仕事役割能力、のような多くの看護職としての役割を果たしていることが明らかになった。看護の領域の一つ一つが行われるプロセスや手段に違いはあっても、この領域においては看護婦も保健婦も同じ能力を活用していると言える。

本研究で抽出されなかった4)急速に変化する状況における効果的な管理については、特に重症患者を抱える病院で働く臨床看護婦においては欠かせない領域である。Benner の具体的な例のな

かにはCCUに運ばれてきた患者に対する看護婦的確ですばやい対応の場面や、症状が急変した患者に的確な処置をしたことが挙げられていた。地域で働く保健婦・士にとっても緊急時にすばやく効果的に対処できる能力が必要であるが、このような能力はシステム構築に焦点を当てた今回のインタビューの内容からは抽出されにくいものと考えられた。

7)組織化の能力と仕事役割能力の領域についてはさらに新たな細項目に分類できた。システム構築した保健婦の能力を臨床看護婦の枠組みでとらえるには限界があったと考えられる。しかし、このことはシステムを構築した保健婦の臨床看護婦にはなかった能力を示すものであり、この領域を用いたことによりより明らかになったと考えられるだろう。

2. 抽出された保健婦の能力

保健婦がシステムを構築する過程を分析した結果、7)「組織化の能力と仕事役割能力」の領域のなかに新たに7つの細項目を設ける必要があった。それらは、「保健婦としての姿勢」、「情報の獲得と提供」、「制度の活用」、「発言力」、「将来を見通した創造力」、「予算化」、「知識の獲得」であり、保健婦がシステムを構築していく際に特に発揮しなければならなかった組織化の能力であると言えるだろう。またこのような能力は行政という組織のなかで働く者として欠かせない能力であると考えられる。従来それは行政に働く保健婦の役割として指摘されてはきたが、今回4事例を通してその能力が発揮されていることが実証された。今回のシステム構築にあたり4事例中3事例で保健婦は予算を獲得していた。特に、B保健婦は「市立訪問看護ステーション」ということで、条例改正の直接の原動力となっていた。これは保健婦が行政機構で働くという立場があるからこそ可能になったことである。今回の4事例は、住民の生活に最も近い立場から問題を吸い上げ、情報を自分自身で得たり住民に提供しながら、適用できる制度や関係する知識を獲得し、将来を見通して政策に参入し、予算化し、地域ケアシステムを恒久的なものとして確立する機能を果たしていた。

近年とりわけ保健婦や看護婦が政策決定に参入することの必要性が主張されてきている¹⁶⁻¹⁹⁾。

したがって、これらの能力がより注目され、現在の保健婦教育や基礎教育の中で考慮される必要があるだろう。

3. 保健婦による「個別ケア」の重要性と Community as Partner

今まで保健婦は地区診断を行う点に特徴があると言われてきた。しかし、本研究においては個別ケアがシステムをつくる際の原動力になっていた。表3に示すように個別事例を通して保健婦たちはさまざまな思いを抱えていた。それらは現実に対する「怒り」であり、保健婦一人ではどうすることもできない「行き詰まった気持ち」であった。このような感情が保健婦に「住民の立場」に立ったシステムをつくるためのパワーを奮い立たせる源となっていた。同時に、保健婦たちは「地域で生活していくために住民一人一人にとって今何が問題となっているのか」、「その問題は個人の問題に留めてよいのか」を考えながら問題の明確化につなげていっていた。このことは保健婦が個人をベースとした Inductive Method を用いて仕事をしている看護職であることを意味し、個人がどのような問題を抱えているかを「鋭く探求する力」²⁰⁾を持っていることを示している。

同時に、保健婦は個々人の問題を個別の問題としてとどめることなく、個々人の問題を通して地域の問題を明らかにし、組織的に解決をはかるという志向性を持っていた。これは保健婦・士に地域全体をパートナー (Community as Partner²¹⁾) として見る能力があるからできることだと言える。このためそのような制度や施設がない場合に援助の仕組みを作ることを決意し、それが今回取り上げたシステム形成へとつながっていった。実際このようなシステムが地域内にできたことによって、個々の住民はより速く的確なケアを受けることができるようになった。これはある意味で地域の力を強めたことになる²²⁾。

近年、コミュニティエンパワーメント²³⁾の重要性が強調されている。この概念にはコミュニティに権限を付与するという意味だけではなく、健康問題に関してコミュニティ自身が意思決定できるようコミュニティの能力を高めるという意味が含まれている。この意味からするとコミュニティに有効なシステムを構築することは、個人では解決し得ない問題をコミュニティで組織的に解決する

ことを可能にし、その結果としてコミュニティの能力を高めたと考えられる。

このように考えると、保健婦・士が地域住民が必要とするサービスをつくり出すことは、憲法第25条に示された「健康で文化的な生活」¹⁾およびこれを受けた地方自治法第2条「健康および福祉の保持」²⁾を具体化していることになろう。これを具体化する過程で住民の健康とQOL向上のために、看護職としての援助役割と行政官としての組織化の能力を大いに活用している点が今回示された保健婦・士の特徴であり、これが行政における保健婦・士の存在意義であると考えられた。

一方で、行き詰まりながらも鋭い感性からシステム構築のリーダーシップをとるまでに成長した彼女たちは、看護研究者や若い保健婦が学ぶべきものを多く持っていた。その意味において、「豊富な経験を持ち状況を直感的に正確に把握し、実践」³⁾した本研究の4人の保健婦はBennerのいうエキスパート^{24,25)}に該当する。すなわちエキスパート^{26,27)}保健婦と呼んでよいだろう。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、対象者が少数であったこと、それぞれ一度の面接から分析したことである。本研究の結果をもとに、今後は、構築したシステムの種類、保健所や市町村保健センターなどの勤務場所等の違いにより、対象者を広げて調査していきたいと考えている。

稿を終えるにあたり、快くインタビューに応じて下さるとともに貴重な助言を下された4人の保健婦さん、当初より貴重な意見を頂いた東京大学医学部健康科学・看護学科 地域看護学教室 金川克子教授、東海大学健康科学部看護学科 水野道代講師に深謝いたします。

(受付 '96.1.18)
(採用 '97.1.31)

文 献

- 1) 塩谷 宏, 他. 六法全書 I, 有斐閣 1994; 3107, 55, 350.
- 2) 佐伯和恵, 他. 病院からの訪問看護における病院保健婦, 行政保健婦の役割について, 保健婦雑誌, 1992; 48: 522-555.
- 3) Zerwekh, J. V. A Family Caregiving Model for Public Health Nursing, Nursing Outlook, 1991; 39: 213-217.

- 4) Zerwekh, J. V. Laying the Groundwork for selfhelp: Locating Families, Building Trust, and Building Strength. Public Health Nursing 1992; 9: 15-21.
- 5) Zerwekh, J. V. The Practice of Empowerment and Coercion by Expert Public Health Nurses. IMAGE; Journal of Nursing Scholarship 1992; 24: 101-105.
- 6) 中島紀恵子, 他. 講座 看護の人間科学, 2 地域と看護の人間科学, 垣内出版株式会社 1981; 35: 215.
- 7) 三省堂編集所, 広辞林, 第6版, 三省堂 1993; 350.
- 8) 田中久恵. 保健婦の施設への関与状況を調査して, 保健婦雑誌 1995; 51: 39-49.
- 9) Morse, J. M. Nominated Samples, Qualitative Nursing Research, 1989; 129-130.
- 10) Benner, P. From Novice to Expert, Menlo Park: Addison-Wesley, 1984; 31-36.
パトリシア・ベナー, 井部俊子他訳, 東京: 医学書院, 1994; 22-25.
- 11) Parse, R. R. Nursing Research Qualitative Method, Brady Communications Company, 1993; 91-104.
- 12) Ellen P. Gatley, From Novice to Expert, the use of intuitive knowledge as abasis for district nurses education. Nurse Education Today, 1992; 12: 23-31.
- 13) 内布敦子, 他. 「モニタリング機能」を構成する看護技術. 看護研究. 1996; 29: 23-33.
- 14) 矢島多美子, 他. 看護職員のキャリアアップに関する研究(第一報)ーキャリア開発ラダーの作成, 及び実施後アンケート調査の報告ー, 日本看護学会誌, 1995; 15 (3): 257.
- 15) Philip Darbyshire, Skilled Expert Practice: is it 'all in the mind? A response to English's critique of Benner's novice to expert model. Journal of Advanced Nursing, 1994; 19: 755-761.
- 16) Courtney, R.: Community Practice: Nursing Influence on Policy Formulation, Spradley BW (Eds), Readings in Community Health Nursing (4thed), J. B. Lippincott Co, 1991; 219-225.
- 17) Kuehnert, P. L. The Public Health Policy Advocate: Fostering the Health of Communities, Clinical Nurse Specialist, 1991; 5: 5-10.
- 18) Marson D. J., Talbott, S. W. and Leavit, J. K. Policy and Politics for Nurses. Saunders, 1993; pp 748.
- 19) Kang, R. Building Community Capacity for Health Promotion: A Challenge for Public Health Nurses, Public Health Nurse, 1995; 12: 312-318.
- 20) Zerwekh J. V. Tales From Public Health Nursing, True Detectives, American Journal of Nursing, 1991; 10: 30-36.
- 21) Anderson, E. T. et al. Community as Partner: Theory and Practice in Nursing, Lippincott, 1996; pp, 472.

- 22) Goepfing, at al. Community Health is Community Competence, *Nursing Outlook*, 1983; 30: 484-487.
- 23) Eng, E, et al. Community Empowerment: The Critical Base for Primary Health Care, *Family & Community Health*, 1992; 15: 1-12.
- 24) Benner, P. How Expert Nurses Use Intuition, *American Journal of Nursing*, 1987; 87: 23-31.
- 25) Benner, P. From Beginner to Expert: Gaining a Differentiated Clinical world in Critical Care Nursing, *Adv Nurs Sci*, 1992; 14: 13-28.
- 26) Jasper, M. A. Expert: a discussion of implications of the concept as used in nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 1994; 20: 776-796.
- 27) Hampton, D. C. Expertise: The true essence of nursing art, *Adv Nurs Sci*, 1994; 17: 15-24.

A STUDY ON COMPETENCIES USED BY PUBLIC HEALTH NURSES IN CREATING NEW HEALTH CARE SYSTEMS IN THE COMMUNITY

Mari OKADA*, Sachiyo MURASHIMA^{2*}, Kiyomi ASAHARA^{3*}

Key words: Regional government, Health care systems in the community, Competencies of public health nurses, Organization, Care for the individual.

The purpose of this study is to clarify the competencies used by public health nurses in creating new health care systems in the community. The subjects were four public health nurses who were nominated by other public health nurses. As a method a qualitative method was used. Each subject was interviewed using a semistructured questionnaire which was made based on each system she had developed. Each interview was tape-recorded and transcribed verbatim. Data were analyzed and divided by the seven domains proposed by Benner.

The results showed that public health nurses took roles in six out of the seven domains of Benner. Among them the "Organizational and Work-Role Competencies" domain had a lot of content and was divided into more detailed seven subcategories.

All four public health nurses were stimulated to create a new care system by exposure to a serious case and being moved deeply through visits to homes and hospital. The desire to solve the problem of individual clients leads to the establishment a new system in the community, showing the originality of the role of public health nurses who have nursing knowledge and who work in a regional government. In the process of building a health care system each public health nurse secured the budget or created a new measure of the regional government. It shows the significance of the role that public health nurses play in the regional government.

* Former-Department of Community Health Nursing, School of Health Sciences & Nursing, Faculty of Medicine, The University of Tokyo.

^{2*} Department of Community Health Nursing, School of Health Sciences & Nursing, Faculty of Medicine, The University of Tokyo.

^{3*} Faculty of Nursing, Nagano College of Nursing.