

## 連載

## 「保健師助産師看護師法の改正と保健師教育の展望」(6)

## 「保健師教育のミニマムリクワイアメンツ（必要最小限の教育内容）とは」

東京慈恵会医科大学医学部看護学科 奥山 則子

## はじめに

今までの連載では、看護学士課程統合カリキュラムにおける保健師教育の課題や問題点が整理され、保健師教育の充実の必要性と教育カリキュラムについて、また、その教育体制のあり方について論じられてきた。今、保健師教育期間の延長と、学士課程での選択制と大学院や専攻科への積み上げ教育が可能になったことを受けて、保健師教育の必要最小限の教育内容について明らかにする必要がある。今回は、今までの保健師教育の歴史を振り返りながら保健師の特徴を押さえた基本的な必要最小限の実習内容について考えていく。

## 1. 保健師教育で求められるもの

## 1) 保健師教育のはじまりの頃

昭和3年の保健所法や保健婦規則制定前に、大阪の大賀小児保健所で乳児死亡率改善のために日本で最初に「保健婦」の名称で地区活動をしたのは、日本女子大学社会事業学部出身の黒須節子や本田ちるの社会事業分野の大学卒の人々であった<sup>1)</sup>。また、わが国の保健師教育は大正から昭和初期に公衆衛生看護をアメリカで学んだ保良せき、イギリスに学んだ田淵まさ代、井上なつゑ等先駆者の帰国によって始まった。東京では昭和3年に日本赤十字社、昭和5年に聖路加女子専門学校で、大阪では昭和5年に大阪朝日新聞社社会事業団公衆衛生訪問協会が保良せきが、それぞれ高等女学校卒業後3年間の看護教育修了者に対して1年間の公衆衛生看護婦（日赤は社会看護婦）の養成を開始した。当時の卒業生達は、この時代には数少ない高学歴女性であり、初期保健婦活動の開拓者、指導者として活躍した<sup>2)</sup>。そして、昭和16年に保健婦規則が制定された時には「保健婦は社会的な奉仕者である。単なる保健技術者ではなく栄養、保育、疾病予防など生活全般を指導できるような生活指導者であり、他面では社会事業者としての役割を含めて幅広い活動を行う者である。」とされ、保健師の教育カリキュラムは（保健師規則第5条）、1. 解剖学大意 2. 生理学大意 3.

環境・産業及学校衛生大意 4. 結核其ノ他慢性伝染病予防並ニ寄生虫予防大意 5. 急性伝染病予防大意 6. 母性及乳幼児衛生大意 7. 栄養大意 8. 救急処置及消毒法 9. 包帯術及治療危機取扱方大意 10. 看護方法 11. 衛生法規大意 12. 社会事業大意 13. 社会保険大意（但し看護婦資格者は1.2.8.10を免除）の13科目が規定され、疾病治療や予防に対する処置や看護のほかに生活環境や経済・栄養までを含んだ、人々の生活に密着した総合的なものであった<sup>3)</sup>。

## 2) 保健師教育の基礎には看護師教育が必須

昭和16年の保健婦規則制定時から、保健師には「看護業務をなすことが可能」の条項（第7条<sup>4)</sup>）があり、当初、「保健師教育は1年間となっていたが、厚生省は早く人材が欲しいために教育機関を6ヶ月に短縮した規則に改正した。」<sup>5)</sup>という。また、戦後、昭和22年から開始された開拓保健師制度では、医師のいないへき地や無医村で働くために、医師法違反に問われない範囲で疾病や外傷の適切な処置ができるように日本医師会の同意の上で「保健師業務基準」や「保健師のための看護基準」（昭和26年）が定められた<sup>6)</sup>。昭和23年の保健師助産師看護師法の制定時には、保健師の国家試験受験資格は、看護師国家試験合格者または看護師国家試験受験資格者であることが規定され、平成になって看護系大学が急増し、看護師・保健師・助産師の国家試験を同時に受験する者が増え、看護師免許が無い保健師が増えるようになった平成18年には、保健師と助産師の国家試験資格取得には看護師国家試験合格が要件となるように法改正された（保助看法第7条）。このように、いつも保健師教育の基礎には看護師教育が位置づけられてきた。

## 3) 指定規則からみた保健師教育の変遷（表1）

## (1) 指定規則の意味

保健師助産師看護師学校養成所指定規則は昭和24年5月20日に文部・厚生省令第1号として制定された、わが国としては非常に稀な扱いの規則である。当時、保健師、助産師、看護師の教育は学校教育法

表1 保健師助産師看護師指定規則における保健師教育課程の授業科目からみたカリキュラムの変遷 (第8回までの表内の数字は時間数, 第9・10回の数字は単位数で, ( ) は保看統合カリキュラムの数字)

	第1回 昭和16年 (6ヶ月)	第2回 昭和19年 (第2種6ヶ月の場合)	第3回 昭和20年 (第2種1年の場合)	第4回 昭和22年 (1年以上)	第5回 昭和24年 (1年以上)	第6回 昭和26年 (6ヶ月以上)	第7回 昭和46年 (6ヶ月以上)	第8回 平成2年 (6ヶ月以上)	第9回 平成9年* (6ヶ月以上)	第10回 平成21年 (6ヶ月以上)
公衆衛生看護学系	保健婦業務 30-50 保健婦業務 50 課外講義 50	保健指導 150 研究講義・講義 150 見学 100	保健指導 150 研究講義・講義 150 見学 100	保健指導 150 研究講義・講義 150 見学 100	公衆衛生看護 150 保健指導 150 研究講義・講義 150 見学 100	公衆衛生看護 150 保健指導 150 研究講義・講義 150 見学 100	公衆衛生看護 150 保健指導 150 研究講義・講義 150 見学 100	公衆衛生看護学 510 公衆衛生看護学概論 45 地区活動論 120 家族相談援助論 105 健康教育論 30 保健指導概論 45 保健指導論 30 母子保健指導 30 成人保健指導 30 高齢者保健指導 30 産業保健指導 03	地域看護学 12 地域看護学概論 3 地域看護学活動論 9	地域看護学 12(10) 地域看護学概論 2 個人・家族・集団の生活支援 地域看護学活動展開論 10 地域看護学管理論 (8)
公衆衛生学系	健康教育学 10 衛生学・精神衛生 10 疫病学・調理法 30 栄養学	衛生学・精神衛生 10 疫病学・調理法 70 栄養学	衛生学・精神衛生 10 疫病学・調理法 70 栄養学	衛生学・精神衛生 20 疫病学・調理法 70 栄養学	公衆衛生看護 120 保健指導 25 学校保健指導 10 産業保健指導 10 伝染病学概論 50 慢性疾患保健指導 10 研究 60	公衆衛生看護 120 保健指導 25 学校保健指導 10 産業保健指導 10 伝染病学概論 50 慢性疾患保健指導 10 研究 60	公衆衛生看護 120 保健指導 25 学校保健指導 10 産業保健指導 10 伝染病学概論 50 慢性疾患保健指導 10 研究 60	健康教育学 10 精神衛生 10 栄養 20	疫学・保健統計 4 (情報処理を含む)	疫学 2 保健統計 2
社会学系他	社会学 5 社会保険 10	社会学 5 社会保険 10	社会学 5 社会保険 10	社会学 5 社会保険 10	社会学 75 教育心理学 45	社会学 75 教育心理学 45	社会学 75 教育心理学 45	社会学 60 疫学 60	疫学・保健統計 4 (情報処理を含む)	疫学 2 保健統計 2
基礎医学	解剖学 10 生理学 10	解剖学 10 生理学 10	解剖学 10 生理学 10	解剖学 10 生理学 10	社会学 75 教育心理学 45	社会学 75 教育心理学 45	社会学 75 教育心理学 45	社会学 60 疫学 60	疫学・保健統計 4 (情報処理を含む)	疫学 2 保健統計 2
実習	保健婦業務 30-50 保健婦業務 50 課外講義 50	保健指導 150 研究講義・講義 150 見学 100	保健指導 150 研究講義・講義 150 見学 100	保健指導 150 研究講義・講義 150 見学 100	公衆衛生看護 150 保健指導 150 研究講義・講義 150 見学 100	公衆衛生看護 150 保健指導 150 研究講義・講義 150 見学 100	公衆衛生看護 150 保健指導 150 研究講義・講義 150 見学 100	公衆衛生看護学 510 公衆衛生看護学概論 45 地区活動論 120 家族相談援助論 105 健康教育論 30 保健指導概論 45 保健指導論 30 母子保健指導 30 成人保健指導 30 高齢者保健指導 30 産業保健指導 03	地域看護学 12 地域看護学概論 3 地域看護学活動論 9	地域看護学 12(10) 地域看護学概論 2 個人・家族・集団の生活支援 地域看護学活動展開論 10 地域看護学管理論 (8)

注：この表は「ふみしめ50年一保健婦活動の歴史一」(厚生省健康制作局計画課監修) 日本公衆衛生協会発行 平成5年2月発行 P374-375の表を奥山が一部改変, 補足して作成した

\*この年の統合カリには在宅看護論も含まれ表致不可

第1条に基づく学校教育ではなく養成講習の取り使いであったため、もっぱら厚生省の主管であった。新しい制度は、学校教育として実施される必要性を強く関係者、とくにGHQが主張したこともあり、文部省と厚生省の共同所管とされ、両省の責任において教育することとなった<sup>7)</sup>。設置主体の異なる学校で実施されている看護職教育では、教育内容を規定している指定規則は重要な教育の基準であり、その職種の質を担保する役割も果たしている。これまでに、保健師教育の指定規則は10回制定され9回改正されている。

## (2) 見えにくくなった公衆衛生

指定規則の変遷を見ると、保健師教育の核である公衆衛生の部分が段々見えにくくなっていることが明らかである。初期には応急的な看護処置や助産業務に対応できる能力が強く求められ、戦時下には体位向上の体育訓練や健民修練が配置され、教育科目の重点は母子衛生や結核等急性伝染病から成人や高齢者保健と地域精神保健へと、その時代の要請や疾病構造の変化に対応してきている。公衆衛生で大事にすべき、伝染病(感染症)や予防の科目は昭和46年の第7回から健康管理論の中に包含され、人々の生活する地域や生活について学ぶ社会学系の科目は平成2年の第8回からは姿を消し、平成9年の第9回からは公衆衛生の言葉も指定規則から無くなっている。しかし、衛生法規や衛生行政(保健福祉行政論)などの保健医療福祉政策に関する法規の科目と、衛生統計や保健統計などの集団を数量的に把握する科目は常に変化せずに置かれており、第7回からはさらに疫学が加わっている。

## (3) 保健師固有の授業科目

保健師固有の授業科目は、はじめの保健婦業務、保健指導から、公衆衛生看護、公衆衛生看護論へ発展し、平成2年から公衆衛生看護学に、そして平成9年からは地域看護学と表記されるようになった。

平成2年の第8回では、少子高齢化社会における看護教育のあり方が盛んに論議され、公衆衛生看護学の中では継続看護や在宅看護が従来にも増して重要視され、保健師教育でストーマのセットや在宅酸素ボンベなどの教育備品の設置が求められた。平成9年の第9回(表1の網掛け)では、「地域看護は、市町村や保健所を中心とした保健婦活動に焦点を置いた公衆衛生看護と在宅療養者に焦点をあてた継続看護を含む認識に基づき、“公衆衛生看護学”を“地域看護学”とした。」と公衆衛生看護学から地域看護学に変わり、指定規則の中から公衆衛生の言葉が一切消えた。一方、この年から看護婦基礎教育の専門科目の中に在宅看護論が位置づけられた。そし

て、同時に保健婦・看護婦統合カリキュラムが提示され、看護学士課程の教育では看護婦と保健婦の2つの国家試験受験資格が卒業要件となり、授業・実習の表示が時間数から単位数へ切り替わった。統合カリキュラムでは看護婦基礎教育の「社会保障制度と生活者の健康」の中に「保健福祉行政論」が含まれ、地域看護学の授業や実習の中に在宅看護論の内容がそれぞれ含まれている。その後、大学が急増し保健師教育の質の低下が明らかになった平成21年に改正が行われた。しかしこの改正は、主旨にも記されているように「～今回の改正は、さまざまな課題をできる限り早期に解決していく観点から、現行の教育期限の範囲内で可能な内容とした。」大幅な改訂はせず、保健福祉行政論と地域看護学実習のそれぞれ1単位の増加にとどまった。そして今、保健師教育期間の延長が決まり新たな指定規則の検討が行われている。

## 2. 保健師教育の基本的考え方

保健師の基礎教育は現場で働く保健師としての基本的な知識や技術・態度を涵養するのが目的である。平成9年の指定規則改正時には、地域看護活動に必要な4つの能力が教育の基本的考え・留意点等として示された。そして、平成21年改正時にはそれが修正され、「1. 人々の心身の健康並びに疾病・障害の予防、発生、回復及び改善の過程を社会的条件の中で系統的、予測的にとらえアセスメントする能力を養うとともに、自立を支援する能力を養う。2. 地域の人々が自らの健康状態を認識し、健康の保持増進を図るための健康学習や自主・自助グループ活動等の集団活動を育成するとともに、自主的に社会資源を活用できるよう支援し評価する能力を養う。3. 地域に顕在している健康問題を個別事例を通して把握するとともに、潜在している健康課題を予測し、それらを地域住民、関係機関、他職種と連携・協働し組織的に解決する能力を養う。4. 保健・医療・福祉行政の最新の知識を主体的・継続的に学ぶ能力を養うとともに、保健・医療・福祉サービスを調整し活用する能力及び地域の健康課題の解決に必要な社会資源を開発し、施策に反映する能力を養う。」(注：平成9年と異なる部分に筆者が下線をつけた)の4項目が教育の基本的考えとして示されると共に、「保健師教育における技術項目と卒業時の到達度」(平成20年9月19日、医政局看発第0910001号)が示された(表2)。卒業時の到達度は、デルファイ調査によって全国の保健師教育機関と、全国から無作為抽出された実践現場の合意形成を経て作成されたものであり、到達度に示された大項目、中

表2 「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」

## 【用語の説明】

- 「到達度」：保健師の国家試験受験資格を得るために必要な技術の到達度であり、卒業時に全員が到達すべき到達度
- 「個人/家族」：個人や家族を対象とした卒業時の到達度
- 「集団/地域」：集団（自治会の住民、要介護高齢者集団、管理職集団、小学校のクラスなど）や地域（自治体、企業、学校など）の人々を対象とした卒業時の到達度
- 到達度のレベルⅠ～Ⅳの区分：Ⅰ：ひとりで実施できる、Ⅱ：指導のもとで実施できる（指導保健師や教員の指導のもとで実施できる）、Ⅲ：学内演習で実施できる（事例などを用いて模擬的に計画を立てたり実施できる）、Ⅳ：知識としてわかる

中項目	小項目	到達度		
		個人/ 家族	集団/ 地域	
A. 地域の健康課題を明らかにする	A-a. 地域の人々の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする	1 身体的・精神的・社会文化的側面から客観的・主観的情報を収集し、アセスメントする	Ⅰ	Ⅰ
		2 社会資源について情報収集し、アセスメントする	Ⅰ	Ⅰ
		3 自然および生活環境（気候・公害など）について情報を収集し、アセスメントする	Ⅰ	Ⅰ
		4 地域の人々の持つ力をアセスメントする	Ⅰ	Ⅱ
		5 健康課題を生活者である当事者の視点を踏まえてアセスメントする	Ⅰ	Ⅱ
		6 一時点だけではなく（観察や資料などによる）経時的な情報を収集し、アセスメントする	Ⅰ	Ⅰ
	A-b. 地域の人々の顕在的、潜在的な健康課題を見出す	7 顕在している健康課題を見出す	Ⅰ	Ⅰ
		8 健康課題を持ちながらそれを認識していない・表出しない・できない人々を見出す	Ⅱ	Ⅲ
		9 今後起こりうる健康課題や潜在している健康課題を予測する	Ⅰ	Ⅲ
		10 活用できる社会資源の不足・利用する上での問題を見出す	Ⅰ	Ⅱ
		11 健康課題について優先順位をつける	Ⅰ	Ⅱ
B. 地域の人々と協働して、特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める	B-a. 特定の健康課題に対する支援を計画・立案する	12 目的・目標を設定する	Ⅰ	Ⅱ
		13 地域の人々に適した支援方法を選択する	Ⅰ	Ⅱ
		14 実施計画を立案する	Ⅰ	Ⅱ
		15 評価の項目・方法・時期について、評価計画を立案する	Ⅰ	Ⅱ
		16 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	Ⅰ	Ⅱ
	B-b. 特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるための活動を展開する	17 地域の人々の持つ力を引きだすよう支援する	Ⅰ	Ⅱ
		18 地域の人々が意思決定できるよう支援する	Ⅱ	Ⅱ
		19 訪問・相談による支援を行う（集団を対象とした訪問・相談には、施設や事業所の訪問などを含む）	Ⅰ	Ⅱ
		20 健康教育による支援を行う	Ⅰ	Ⅱ
		21 地域組織・当事者グループなどを支援する（組織化活動）		Ⅱ
		22 活用できる社会資源、協働できる機関・人材について、情報提供をする	Ⅰ	Ⅱ
		23 支援目的に応じて社会資源を活用する	Ⅱ	Ⅱ
		24 当事者と関係職種・機関でチームを組織する	Ⅱ	Ⅲ
		25 個人/家族支援、組織的アプローチなどを組み合わせて活用する	Ⅱ	
		26 法律や条例等を踏まえて活動する	Ⅰ	Ⅱ
		27 危機状態（DV・虐待・災害・感染症等）への予防策を講じる	Ⅲ	Ⅲ
		28 危機状態（DV・虐待・災害・感染症等）に迅速に対応する	Ⅳ	Ⅳ
		29 目的に基づいて活動を記録する	Ⅰ	Ⅰ

表2 「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」(つづき)

中項目	小項目	到達度				
		個人/ 家族	集団/ 地域			
B. 地域の人々と協働して、特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める	B-c. 特定の健康課題に対する活動を評価・フォローアップする	30 活動の評価を行う	I	II		
		31 評価結果を活動にフィードバックする	I	II		
		32 継続した活動(含フォローアップ)が必要な対象を判断する	I	II		
	B-d. 特定の健康課題を解決・改善するために、地域の人々・関係職者と協働する	33 必要な対象に継続した活動(含フォローアップ)を行う	II	III		
		34 地域の人々とコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く	I	I		
		35 地域の人々と必要な情報を共有し共通の活動目的を見出す	I	III		
		36 地域の人々と互いの役割を認め合いともに活動する	II	III		
		37 関係職者・機関とコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く	I	II		
		38 関係職者・機関と必要な情報を共有し共通の活動目的を見出す	II	III		
		39 関係職者・機関と互いの役割を認め合いともに活動する	II	III		
		C. 地域の人々の健康を保障するために、生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する	C-a. 地域の人々の健康にかかわる事業・制度などを立案し、管理する(施策化)	40 施策(事業・制度など)の根拠となる法や条例などを理解する	I	
				41 施策化に必要な情報を収集する	II	
42 施策化が必要である根拠について資料化する	II					
43 施策化の必要性を地域の人々や関係する部署・機関に根拠に基づいて説明する	III					
44 施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する	IV					
45 地域の人々の特性・ニーズに基づく施策(事業・制度など)を立案する	IV					
46 組織(行政・企業・学校など)の基本方針・基本計画との整合性を図りながら施策(事業・制度など)を立案する	IV					
47 予算の仕組みを理解し、根拠に基づき予算案を作成する	IV					
48 施策(事業・制度など)の実施に向けて関係する部署・機関と協働し、活動内容と人材の調整(配置・確保など)を行う	IV					
49 施策や活動、事業の成果を公表し、説明する	IV					
50 保健医療福祉サービスが公平・円滑に提供されるよう継続的に評価・改善する	IV					
C-b. 地域の人々の生活と健康に関する社会資源の開発・質を保証する	51 地域の人々の権利擁護のために個人情報適切に管理する			I		
	52 地域の人々の尊厳と権利・プライバシーをまもる			I		
	53 倫理的に検討・判断した上で実践する	I				
	54 生活環境(気候・公害など)の整備・改善について提案する	IV				
	55 地域の人々が組織や社会の変革に主体的に参画できるよう機会と場、方法を提供する	IV				
	56 地域の人々や関係する部署・機関の間にネットワークを構築する	IV				
	57 広域的な健康危機管理体制(感染症・災害時など)を整える	IV				
	58 必要な地域組織やサービスを資源として開発する	IV				
	59 効率・効果的に業務を運営する	IV				
	60 研修の企画等を通して保健医療福祉サービスの質を高める	IV				
	61 社会情勢と地域の人々に応じた保健師活動の研究・開発を行う	IV				

項目は保健師のコアとなる専門能力を表している。また、この調査は「保健師国家試験受験資格を取得するために卒業時に全ての学生が習得すべき技術項目と到達度」として回答を求めているため<sup>8)</sup>、この到達度が保健師教育の基本的な必要最小限の技術内容と考えられ、これら2つにより保健師教育の基本的な考え方は明確になってきていると考える。

### 3. 実践者として自信を育めない教育

専門技術職として、備えるべきものは知識であり技術である。技術は経験を積みねば熟練しないが、最低の基準や技術は卒業時に習得しておく必要がある。看護実践者は即戦力とまでは言わなくても、現場である程度役に立たなければ意味が無い<sup>9)</sup>。保健師教育の実習時間は保健婦規則制定当初の3ヶ月以上から暫時減少し、平成21年改正で少し増加したものの、現在は4単位である。しかし、学士課程統合カリキュラムで実施されている実習は、大学で教えられる科目の不十分さのために2重3重の読み替えがなされ、そのうえ大量の学生が実習場に行くために見学が多く、家庭訪問や健康教育を体験しないまま実習を終える大学があり<sup>10)</sup>、卒業時の到達度も低いことが明らかになっている。また、佐伯らは「新人保健師の7割以上が、自分の専門技術職の能力を十分でないと評価し、対人保健サービスへの自信も高くなかった。また、職務を遂行するうえで感じる『困難』あるいは『ある程度困難』の割合が高かった職務は、『自分の専門に関する知識・技術』がもっとも高く82.1%を占め、ついで『関係機関・関係者などとの調整』71.3%、『住民と接する時の対人スキル』46.4%であった。」、さらに、行政職として「9割の新任保健師は、施策化の仕事への自信は無いと回答していた。また、行政職としての能力を示す項目すべてについて、85%以上の初任者が『不十分』あるいは『ある程度不十分』と評価していた。」と新人保健師の自信の無さや現任教育の必要性を報告している<sup>11)</sup>。

### 4. 保健師教育の必要最小限の実習内容

#### 1) 助産師教育では分娩取り扱い数を規定

助産師教育では、教育の中心である助産の実践について、昭和46年の指定規則から「実習中分娩（妊娠7ヶ月未満の分娩を除く）の取り扱いについては、助産婦または医師の監督の下に学生1人につき10回以上行わせること」と、分娩取り扱い数を規定している。当初の「10回以上」の表現が平成9年の改正で「10回程度」となり、統合カリキュラムによる助産師教育の増加に伴い実習中の分娩取り扱い数

が10回を下回る所が多く見受けられるようになる。平成13年には「助産師教育については、十分な出産介助実習が経験できるようにするなど、その充実に努めること」等の付帯決議がなされ、厚生労働委員会での審査で、「10回程度」というのは「9回以上」の意味であることを当時の看護課長に確認するなど、実習の充実に重視し、教育の質の担保を図ってきている。

#### 2) 保健師教育の実習は10単位以上必要

助産師と同じ教育期間である保健師教育では指定規則の中で教育内容の数量的な規定はされていない。しかし、平成21年改正指定規則の「個人・家族・集団の生活支援実習」の留意点ではじめて「個別事例に対して継続した訪問指導を行う。（複数事例が望ましい）」と継続訪問と複数事例について記された。

臨地実習は、前項2で記した「4つの能力」と「卒業時技術到達度」の実現ために、座学や演習で学習したことを統合して実践できることが求められる。今までの学習が集大成できる環境と時間が必要になる。保健師活動は対象も活動も多様であり、単独での活動実践場面も多く、新卒保健師でも虐待のケースなどリスクの高いケースを受け持たざるを得ない状況にある。そして、対人保健サービス提供と共に集団や地域への対応や解決策を連動して考えることを役割としているため、地域診断能力や保健事業や政策の企画・運営能力など、総合的な能力が求められる（平成15年10月10日、健総発第1010001号「地域における保健師の保健活動について」）。実習では、事例の継続支援や地域保健事業のPDCAサイクルの体験が必須であり、そのため臨地実習は10単位以上必要と考える。

#### 3) 実習で必要最小限体験させる内容

実習で必要な技術項目を習得するには臨地実習のあり方が問われるが、「到達度I」で表記されている卒業時の到達技術項目については学生が繰り返し体験できる学習環境を確保することが必要である。教育目的に沿った教育環境の保証がなければ、保健師教育の基本的な考え方は机上の空論となってしまう。

実習を「健康生活支援実習」、「地域活動支援実習」、「健康政策・管理実習」の3種類（佐伯案の名称使用）に分け、全国保健師教育機関協議会教育検討委員会でも今まで論議してきた内容に奥山の考えを加えて必要最小限体験させる実習内容について表に示した。（表3）

「健康生活支援実習」で体験させる技術としては、家庭訪問、健康相談、ケースマネジメントであり、主に“個人/家族”に対する実習である。事例経験

表3 実習と体験させる技術

実習名	実習内容	体験させる技術
健康生活支援実習 *主に“個人/家族” に対する実習	<p>〈家庭訪問〉2事例の年間を通じた継続的な家庭訪問（所内・所外面接を含む）の実施。1事例4回以上の継続対応、対象：①母子（新生児から乳児期までの発達を体験）②成人・高齢者・障害者など行動変容やケアマネジメントを支援する事例</p> <p>〈健康相談〉最低3事例の相談体験の実施が必要。対象：どんな対象、相談内容でも良いが、相談者の話を傾聴し共に考える姿勢が不可欠である。</p> <p>内容：対象の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントすると共に、顕在的、潜在的健康課題を見出し、特定の健康課題に対する支援を計画・立案して、解決・改善のための活動を展開し、その結果を評価・フォローアップする。対象が健康課題の解決やよりよい生活のために、実現への自信や自尊心、自己効力感や意欲を持ち、持てる力を発揮できる支援方法を考え（選択し）て実施できる。なお、実習の中では、課題解決・改善のために地域の人々・関係職者との協働場面や社会資源の活用も体験もする。</p>	継続的家庭訪問，健康相談，ケアマネジメント
臨地実習 (10単位)		
地域活動支援実習 (行政・産業・学校含) *主に“集団/地域” に対する実習	<p>〈地区診断〉受け持った地域（市町村，学校，企業）単位で地区診断を行う。人口動態・静態を用いて，地域集団の特性と歴史，文化など地域の人々の生活と健康を，指導を受けながら多角的・継続的に学生主体でアセスメントする。地域診断の情報収集・アセスメントによる課題の抽出・実践・評価の一連のプロセスを実習の中で体験する。</p> <p>〈健康教育〉最低2回以上健康教育の計画・実践・評価の一連のプロセスを体験する。</p> <p>*地区診断，健康教育の実習では，情報の資料化・整理を行い地域の人々や関係者へのプレゼンテーションも体験する。</p> <p>〈組織活動〉組織活動について，組織誕生や発展過程と共に問題解決のための組織的対応やシステムづくりなどについて指導者から学ぶ。</p>	地区診断，健康教育，組織活動
健康政策・管理実習	<p>保健事業計画等の健康政策過程と現行の保健事業（活動）やサービス資源，組織・システムについて，その政策・施策化プロセスや対策の実際について指導のもとで実習する。既存の事業や社会資源について地域の人々への公平な利用や分配がされているか評価し，改善策を考える。地域看護管理については指導のもとで実習する。</p>	健康政策過程と提言，地域ケアサービスの評価，地域看護管理

は5例程度体験することが望まれるが，最低2事例への年間を通じた学生主体の継続的な家庭訪問（所内・所外面接を含む）を実施する。1事例4回以上の継続対応を必ず実践する。対象のうち，1事例は母子など発達を支援する事例とし，新生児から乳児期までの発達のプロセスを体験する。他の事例は成人・高齢者・障害者など行動変容やケアマネジメントを支援する事例を経験する。健康相談は健診や保健事業の場や来所などでいつでも突然始まる 경우가多く，方法も面接や電話・メール，文書など様々で目的も多様である。健康相談事例は最低3事例の体

験が必要で，相談者の話を傾聴し共に考える姿勢が不可欠である。対象が健康課題の解決やよりよい生活のために，実現への自信や自尊心，自己効力感や意欲を持ち，持てる力を発揮できる支援方法を考え（選択し）て実施できることが求められる。ここでは，対象の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントすると共に，顕在的，潜在的健康課題を見出し，特定の健康課題に対する支援を計画・立案して，解決・改善のための活動を展開し，その結果を評価・フォローアップする。なお，実習の中では，課題解決・改善のために地域の人々・関係職者との

協働場面や社会資源の活用も体験もする。

保健師の家庭訪問は在宅看護学で経験する契約関係の人への家庭訪問とは異なり、対象は健診未受診者や地域の中で孤立している人や人との関わりが苦手な人であることが多いため、初めての出会いや関係がもてるまでに時間や経験が必要であり、実践の評価をするためにも継続して関わる必要がある。1年制の保健師教育課程で家庭訪問体験数と自己評価による卒業時技術到達度との関連を調査したところ、訪問回数が多いほうが技術到達度は高い傾向にあり、同一事例に継続した訪問指導を4回経験した学生は、対象者の生活の場の中で、生活行動を具体的に把握し、共に考える関係を築きながら行動変容を導き出す家庭訪問の醍醐味を体験しているという<sup>12)</sup>。

「地域活動支援実習」(行政・産業・学校含む)で体験させる技術としては、地域診断、健康教育、組織活動であり、主に“集団/地域”に対する実習である。受け持った地域(市町村、学校、企業)単位で、人口動態・静態を用いて、地域集団の特性と歴史、文化など地域の人々の生活と健康を、指導を受けながら多角的・継続的に学生主体でアセスメントする。また、その結果見いだされた顕在的、潜在的な健康課題に対する保健師活動計画を立案すると共に、その支援の一つとして健康教育の計画・立案・実施・評価をする。地域診断は、対象となる地域が行政・産業・学校のいずれでも実際の地域診断の情報収集・アセスメントによる課題の抽出・実践・評価の一連のプロセスを実習の中で体験する。健康教育は対象によって、また、「動機付け支援」「積極的支援」「継続支援」など目的も教育方法も多様であるため、最低2回以上は計画・実践・評価の一連のプロセスを体験実習する。また、この実習では公衆衛生活動の基盤である組織活動について、組織誕生や発展過程と共に問題解決のための組織的対応やシステムづくりなどについても指導者から学ぶ。そして、年間を通じた地区組織活動の展開や特定の場(産業、学校など)における保健師活動も経験する。地域診断や健康教育の実施時には、情報の資料化・整理を行い地域の人々や関係者へのプレゼンテーションも体験する。

「健康政策・管理実習」で体験させる技術としては、保健事業計画等の健康政策過程と現行の保健事業・活動やサービス資源や組織やシステムについて、その政策・施策化プロセスや対策の実際について指導のもとで実習する。そして、既存の事業や社会資源について地域の人々への公平な利用や分配がされているか評価し、必要であれば改善策を考え

る。また、地域管理、事業管理、危機管理などの地域看護管理について、日常の活動が非常時の対応と密接に関連していることを指導のもとに学習する。

以上、実習を3つに分類して必要最小限体験させる内容について示したが、実習として大きく一つに括することもできる。それは、健康相談や家庭訪問した事例の情報が地域診断に役立つと共に、地域診断のために同じような複数事例から情報収集する場合があることや、個別事例や実践した事業から見いだされた課題解決のために健康教育を実践する場合や健康教育の実践を通して組織作りやグループ支援を行うことがあるからである。また、一つの新しい事業運営を既存の組織や他機関との協働で実施したり、ハイリスクアプローチの周知をポピュレーション事業の中で行うなど、地域の保健師活動は常に“個人/家族”と“集団/地域”の活動が結びつき、連動しているからである。乳幼児の生活習慣の確立のための保健活動が家族全体の健康管理に結びつき、将来の地域の生活習慣病予防に役立つなど、その活動は広域的・長期的である。

保健師教育のミニマムリクワイアメンツ(必要最小限の教育内容)についてここ数年間、全国保健師教育機関協議会では委員会を設置して検討を続けてきているが、まだその詳細を明示できずにいる。しかし、保健師活動は対象も地域も多様であり、継続的な関わりが必要であることは明確である。そのため前述の3種類の実習について、それぞれの現場での対象や地域にあわせて基本的な一連の活動プロセスを学生が体験できる実習を準備することが必要であると考えられる。

## 5. 保健師基礎教育で体験させる必要性

今回の法改正で卒後の研修についても規定され「平成21年7月9日、保健師助産師看護師法と看護師などの人材確保の促進に関する法律の一部を改正する法律案が可決成立した。看護界にとっては、平成13年の男女の資格名称の統一に次ぐ大きな制度変革である。新たに規定された臨床研修の努力義務化の平成22年度からの看護臨床研修制度のスタートにあたり、厚生労働省は32億円の予算を財務省に要求している。」<sup>13)</sup>と、予算確保もされる予定であるが、保健師の働く場の65%は行政であり、しかも市町村での就業が多い。同職場の同職種者は少数で、先輩保健師からの指導が困難な所もあり(日本看護協会H21年度調査「保健師の基盤活動に関する基礎調査」の単純集計で指導保健師がいなかった人は半分を占めている)<sup>14)</sup>、さらに研修のために現場を離れることは難しく、現任研修の困難性は明らかである。狭



き門をくぐり抜けて就職できても、卒業時にある程度の考え方や技術を身につけていないと保健師として身動きができない。保健師活動は活動の場も対応する内容も幅広く、個々異なるものでありマニュアルでは対応できるものではない。そのうえ、保健師を取り巻く環境は、特定健診・特定保健指導制度のスタート、介護保険法改正、障害者自立支援法制定、感染症法改正など、ここ数年めまぐるしく変化している。さらに、新型インフルエンザや災害などの危機管理への不安や少子高齢化と長引く景気の低迷で、地域住民の生活は大変厳しく保健師の適切な対応が求められている。看護学士統合カリキュラムでは読替や実習場不足を理由に教育が疎かにされてきたが、保健師を志向する学生には必要最小限の技術や考え方が身につく実習や教育を保障する必要がある。

## 6. 実践力のつく保健師教育

保健師は誕生当初から保健指導の対象や内容は総合的であり、活動も個別から集団・地域へと広がり、健康問題の解決だけではなく、地域における原因解明や発症予防の取り組みまで行ってきた。しかし、指定規則の変遷から分かるように、今、公衆衛生看護を基盤とした保健師教育が希薄になってきている。保健師助産師看護師法に規定されている保健師の「保健指導」は名称独占であり、多くの職種が担当している狭義の「保健指導」と同意語と捉えられ、保健師の専門性は理解されにくい。とはいえ、今回の法改正は、国民の安全と健康増進、公衆衛生の向上を脅かす、近年の健康課題の深刻化・複雑化を背景に、保健師への期待が込められているとも考えられる。保健師は一人の人との関わりから他の多くの人々が同じような疾病や状況にならないための対策や解決策を、様々な人々と協働しながら考えて実践する仕事を担ってきた。保健師の役割は“個人/家族”と“集団/地域”の関係をキッチリとみて、その相互作用を活用しながら“集団/地域”の健康水準を向上させることである。そのためには集団や地域の状況を判断する力や当事者が気づかない将来への健康問題予測の提示や、問題意識や自覚の無い人々とかかわれる力など、臨床における看護とは活動の対象も目的も大きく異なり、看護職として持つべき力量も異なっている。教育の順序性や内容を遵守し、新任保健師が自信を持って働き、キャリアを積んでいけるような保健師基礎教育を実現することが、今の我々の責務と考える。

昭和23年の保健婦助産婦看護婦法が成立する前にGHQによる看護改革がどんどん進められ、保助看を一体化した「保健師法案」が出されたが、GHQのミス・コリンズが「リンゴとバナナとミカンと同じ果物だが一つのものではない」と言い出したことで幻の法案となり、3つの身分法である保健婦助産婦看護婦法が成立したという。看護教育を担う者は、それぞれの看護職に与えられた役割をもう一度としっかりと踏まえた教育内容について論議する必要があると考える<sup>15)</sup>。

本稿作成にあたり、東京大学の村嶋幸代先生、北海道大学の佐伯和子先生、岡山大学の岡本玲子先生、徳島大学の多田敏子先生の協力を得ました。ここに深謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 名原寿子. 日本における「保健師」誕生のプロセスと意義. 保健の科学 2008; 50(3): 170.
- 2) 厚生省健康制作局計画課, 監修. ふみしめて50年—保健婦活動の歴史—. 東京: 日本公衆衛生協会, 1993; 368.
- 3) 前掲書 2) P497.
- 4) 川神裕子. 日本保健師協会の組織変容—職業としての自立性の検討. 保健師の歴史研究 1号: 24.
- 5) 菊池項子, 山崎京子. 神奈川の保健師教育. 保健師の歴史研究 4号: 39.
- 6) 前掲書 1) P175.
- 7) 金子みつ, 編著. 初期の看護行政. 東京: 日本看護協会出版会, 1992: 20.
- 8) 平成19年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「保健師基礎教育における技術項目と卒業時の到達目標に関する研究」総括研究報告書(主任研究者 麻原きよみ) 2008: p67.
- 9) 川島みどり. インタビュー「看護の未来を [TE・ARTE] する」. 看護教育 2010; 51(1): 12-20.
- 10) 平沢敏子, 他. 平成16年度地域保健総合推進事業「保健師学生の実習指導に関するあり方調査研究」事業報告書. 2005.
- 11) 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(代表者 佐伯和子). 平成14年度地域保健総合推進事業「地域保健従事者資質向上検討会のための調査研究」報告書. 2003.
- 12) 今井睦子, 山田邦子, 他. 1年間, 保健師に特化して教育を行う「1年課程」の効果と限界. 保健の科学 2009; 51(10): 659, 656-662.
- 13) 田村やよひ. 看護臨床研修の法制化に寄せて. 日本看護科学学会誌 2003; 29(3): 1.
- 14) 週刊保健衛生ニュース. 平成22年1月4・11日合併号第1540号: 19.
- 15) 前掲書 7) P12.