

特別論文

公衆衛生と公衆衛生看護のコンピテンシーの比較と明確化： 平成29/30年度公衆衛生看護のあり方に関する委員会活動報告

エガワ ヨウコ* アサハラ キヨミ²* オオモリ ジュンコ³* オクダ ヒロコ⁴*
江川 優子* 麻原きよみ²* 大森 純子³* 奥田 博子⁴*
シマヅ タエコ⁵* ソネ トモフミ⁴* タミヤナ ナコ⁶* トヤザキエツコ⁷*
嶋津多恵子⁵* 曾根 智史⁴* 田宮菜奈子⁶* 戸矢崎悦子⁷*
ナルセ タカシ⁸* ムラシマ サチヨ⁹*
成瀬 昂⁸* 村嶋 幸代⁹*

目的 日本公衆衛生学会に設置された「平成29/30年度公衆衛生看護のあり方に関する委員会」では、公衆衛生および公衆衛生看護教育の実践と研究のための基礎資料を提供することを目的として、公衆衛生および公衆衛生看護のコンピテンシーの明確化を試みた。

方法 米国の公衆衛生専門家のコアコンピテンシーおよび公衆衛生看護におけるコンピテンシーを翻訳し、共通点と相違点を検討した。次に、米国の公衆衛生看護のコンピテンシーと日本の公衆衛生看護（保健師）の能力指標の共通点と相違点を検討し、公衆衛生および公衆衛生看護のコンピテンシーの明確化に取り組んだ。

結果 公衆衛生と公衆衛生看護のコンピテンシーには、集団を対象とし、集団の健康問題を見出し、健康課題を設定し働きかけるといった共通点がみられた。しかし、集団の捉え方、健康問題の捉え方と健康課題設定の視点、集団における個人の位置づけに相違があった。公衆衛生では、境界が明確な地理的区域や民族・種族を構成する人口全体を対象とし、人口全体としての健康問題を見出し、健康課題を設定しトップダウンで働きかけるといった特徴があった。また、個人は集団の一構成員として位置づけられていた。一方、公衆衛生看護では、対象は、個人・家族を起点にグループ・コミュニティ、社会集団へと連続的かつ重層的に広がるものであった。個人・家族の健康問題を、それらを包含するグループ・コミュニティ、社会集団の特性と関連付け、社会集団共通の健康問題として見出し、社会集団全体の変容を志向した健康課題を設定し取り組むという特徴があった。日米の公衆衛生看護のコンピテンシーは、ともに公衆衛生を基盤とし公衆衛生の目的達成を目指して構築されており、概ね共通していた。しかし、米国では、公衆衛生専門家のコアコンピテンシーと整合性を持って構築され、情報収集能力、アセスメント能力、文化的能力など、日本では独立した能力として取り上げられていない能力が示され、詳細が言語化されていた。

結論 公衆衛生の目的達成に向けたより実効性のある公衆衛生・公衆衛生看護実践を担う人材育成への貢献を目指し、日本の公衆衛生従事者の共通能力が明確化される必要がある。また、公衆衛生看護では、これまで独立した能力として言語化されてこなかった能力を一つの独立した能力として示し、これらを構成する詳細な技術や行為を洗い出し、言語化していく取り組みの可能性も示された。

Key words : 公衆衛生, 公衆衛生看護, コンピテンシー, 米国, 日本

日本公衆衛生雑誌 2023; 70(10): 677-689. doi:10.11236/jph.22-106

* 東京工科大学医療保健学部

2* 聖路加国際大学大学院看護学研究所

3* 東北大学大学院医学系研究科

4* 国立保健医療科学院

5* 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究所

6* 筑波大学医学医療系

7* 横浜市こども青少年局

8* 東京大学大学院医学系研究科

9* 大分県立看護科学大学

責任著者連絡先: 〒104-0044 中央区明石町10-1
聖路加国際大学大学院看護学研究所 江川優子

I 緒 言

健康の社会的決定要因という視点が紹介されて以来、健康はより包括的な概念へと変化し、人々の健康に資する公衆衛生の役割が広く認識されるようになってきた¹⁾。“Health care matters to all of us some of the time, Public Health matters to all of us all of the time.”という C. Everett Koop の言葉のように、公衆衛生は人々の生活が営まれるあらゆる場面に関わり、常に人々の生命、生活、健康に影響を及ぼしている。

近年、COVID-19のパンデミックに代表されるように、世界中で感染症、災害、紛争、貧困、格差など、人々の生命、健康、安寧を脅かす様々な事象が発生している。これらに起因する健康問題への対応が喫緊の課題として突きつけられ、健康の社会的決定要因に働きかける公衆衛生を基盤とする公衆衛生活動および公衆看護活動の重要性が高まっている。また、グローバル化の進展やDX化などの技術革新によって、かつてないスピードと規模で社会や人々の生活が変化しており、すでに顕在化している健康問題に対応するだけでなく、社会の趨勢を見極め、社会情勢の変化に伴って生じる現象が人々の健康に与える影響を迅速に予測し、将来起こりうる健康問題を先取りし健康課題を設定し予防的介入を行っていく公衆衛生および公衆衛生看護の実践、つまり、実効性のある実践が強く求められている。

実効性のある公衆衛生活動および公衆衛生看護活動の実現には、公衆衛生および公衆衛生看護の実践の基盤となるコンピテンシーの明確化および言語化が不可欠である。さらに、明確化され言語化されたコンピテンシーをすべての公衆衛生従事者間で共通理解するとともに、社会に向けて発信し、共有していく必要があると考えられる。

わが国では、公衆衛生については、公衆衛生従事者の実践を方向づけ下支えする「公衆衛生とは何か」を明文化した共通の定義が示されていない。また、Master of Public Health 取得者に必要とされる能力は提示されている²⁾が、すべての公衆衛生従事者に共通する能力は、明確化する必要性が述べられてきたものの^{3~5)}、いまだ実現に至っていない。公衆衛生看護については、2014年に日本公衆衛生看護学会による定義が示されている。能力に関しては、保健師の能力の明確化に向けた研究が行われ^{6~11)}、「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」「保健師教育におけるミニマムリクワイアメンツ」「自治体保健師の標準的なキャリアラダー」等の複数の保健師の能力指標が構築されてきた。しかし、現在

まで統一され共有されたものはない。

このような状況をかんがみ、実効性の高い公衆衛生活動および公衆衛生看護活動の実現、実践を支える教育および研究の促進に向けて、米国と日本の公衆衛生・公衆衛生看護のコンピテンシーに関する資料の比較を通して、公衆衛生・公衆衛生看護のコンピテンシーの検討を行った。

II 目 的

以下を通して、公衆衛生および公衆衛生看護教育の実践と研究のための基礎資料を提供することを目的とする。

1. 米国における公衆衛生専門家のコアコンピテンシーと公衆衛生看護におけるコンピテンシーに関する資料を翻訳し、米国の公衆衛生専門家が共通して獲得することを期待されるコンピテンシーと公衆衛生看護におけるコンピテンシーを明らかにする。
2. 1.の両者の比較により公衆衛生看護のコンピテンシーの特徴を明らかにする。
3. 米国の公衆衛生看護のコンピテンシーと日本の公衆衛生看護の能力指標を比較することで日本の公衆衛生看護の能力指標の特徴を明らかにする。

III 方 法

平成29/30年度日本公衆衛生学会の公衆衛生看護のあり方に関する委員会の活動において、米国の公衆衛生専門家のコアコンピテンシーおよび公衆衛生看護におけるコンピテンシーを翻訳し、比較した。次に、米国の公衆衛生看護のコンピテンシーと日本の公衆衛生看護（保健師）の能力指標を比較し、公衆衛生および公衆衛生看護のコンピテンシーの明確化に取り組んだ。

1. 米国の公衆衛生専門家と公衆衛生看護のコンピテンシーの翻訳方法

米国で公表された公衆衛生専門家のコアコンピテンシー (Core Competencies for Public Health Professionals¹²⁾) と公衆衛生看護におけるコンピテンシー (Community / Public Health Nursing Competencies¹³⁾) の翻訳を行った。

1) 資料の概要

(1) 公衆衛生専門家のコアコンピテンシー

【Core Competencies for Public Health Professionals (以下 PHP)】

学術機関および行政機関から構成される公衆衛生実践の連携に関する協議会 (The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice)

によって開発されたコンピテンシーのモデルである。公衆衛生に従事するすべての職種に共通するものであり、アメリカ疾病管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention : CDC）により示された、あらゆるコミュニティに属するすべての人々が誰ひとり取り残されることなく、健康を保持・増進できるよう働きかける公衆衛生活動の枠組みであり、健康格差につながる社会のあらゆる障壁（貧困、人種差別、ジェンダーによる差別、障害者差別など）を取り除き、公正な社会の実現に向けて実施される具体的な取り組み¹⁴⁾である「10の必須公衆衛生サービス」の提供を実現するために中核となる「コアコンピテンシー」を示している。

「コアコンピテンシー」は、8つのドメイン（1. Analytical/Assessment Skills, 2. Policy Development/Program Planning Skills, 3. Communication Skills, 4. Cultural Competency Skills, 5. Community Dimensions of Practice Skills, 6. Public Health Sciences Skills, 7. Financial Planning and Management Skills, 8. Leadership and Systems Thinking Skills）から成り、各ドメインごとに複数の下位項目が示されている。ドメイン内の下位項目は、Tier 1 から Tier 3 の3つの職階（Tier 1 : Front Line staff/Entry Level, Tier 2 : Program Management/Supervisory Level, Tier 3 : Senior Management/Executive Level）に分類されており、各Tierで求められるコンピテンシーが示されている。

（2）公衆衛生看護のコンピテンシー

【Community/Public Health Nursing [C/PHN] Competencies（以下C/PHN）】

アメリカ公衆衛生看護団体4者協議会（The Quad Council Coalition (QCC) of Public Health Nursing Organizations）によって、PHPと統合したコンピテンシーとして開発され、PHPと同様の構造となっている。つまり、PHPに準拠した8つのドメイン（1. Assessment and Analytic Skills, 2. Policy Development/Program Planning Skills, 3. Communication Skills, 4. Cultural Competency Skills, 5. Community Dimensions of Practice Skills, 6. Public Health Sciences Skills, 7. Financial Planning, Evaluation, and Management Skills, 8. Leadership and Systems Thinking Skills）から構成され、各ドメイン内の下位項目がTier 1 から Tier 3 の職階に分類されている。

2) 翻訳の手順

翻訳・公表に際して The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice および The Quad Council Coalition に許諾を得た。

翻訳は、以下のステップで実施した。(1)~(3)は2つの資料に共通のステップである。(4)~(6)は、C/PHNについて、The Quad Council Coalition よりバックトランスレーションが求められたため、C/PHNのみ実施した。

- (1) 2つの資料の8ドメインを委員会のメンバーで分担し、翻訳を行った。
- (2) 各メンバーによる翻訳を共有し、内容の妥当性と訳語の統一について検討した。
- (3) 訳語の妥当性について英語のネイティブスピーカーであるアカデミックライティングの専門家のスーパービジョンを得て、必要な修正を行った。
- (4) C/PHNについて、バックトランスレーションを行った。
- (5) バックトランスレーションとの相違があった内容について、英語のネイティブスピーカーであるアカデミックライティングの専門家のスーパービジョンを得て、訳語を再検討し修正した。
- (6) 日米の社会文化的な背景の違いにより訳出が困難であった内容について、公衆衛生の専門家および看護倫理の専門家のコンサルテーションを受け、再検討し修正した。

2. 公衆衛生専門家（PHP）と公衆衛生看護のコンピテンシー（C/PHN）との比較

原典と翻訳に基づき、メンバー間でPHPとC/PHNの共通点および相違点を検討した。

3. 米国の公衆衛生看護のコンピテンシー（C/PHN）と日本の保健師の能力指標との比較

メンバー間で、C/PHNと日本で公表されている保健師の能力を示した資料を比較し、共通点と相違点を検討した。

【対象とした日本の保健師の能力を示した資料】

- (1) 保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度¹⁵⁾
- (2) 保健師教育におけるミニマムリクワイアメント¹⁶⁾
- (3) 公衆衛生看護学教育モデル・コア・カリキュラム¹⁷⁾
- (4) 自治体保健師の標準的なキャリアラダー¹⁸⁾

IV 結 果

1. 翻訳

1) 公衆衛生専門家のコアコンピテンシー

平成29/30年度公衆衛生看護のあり方に関する委員会報告書 Core Competencies for Public Health Professionals June 2014 和訳¹⁹⁾

2) 公衆衛生看護のコンピテンシー

平成29/30年度公衆衛生看護のあり方に関する委員会報告書 Community/Public Health Nursing [C/PHN] Competencies (Quad Council Coalition, 2018) 和訳²⁰⁾

2. 米国における公衆衛生と公衆衛生看護のコンピテンシーの比較

1) 共通点

目的と働きかけの対象に共通点がみられた。両者は、10の必須公衆衛生サービスの提供を通して集団の健康の維持増進を目的としている。また、集団を対象とし、そこに働きかけるという基盤を共有している。

2) 相違点

対象である集団の捉え方、健康問題の捉え方と健康課題設定の視点、集団における個人の位置づけに相違がみられた。

(1) 集団の捉え方

PHP では、州や区といった境界が明確な地理的区域や民族・種族を構成する人口全体が対象として捉えられていた。一方、C/PHN では、対象は個人・家族、グループ・コミュニティ、社会集団へと連続的かつ重層的に広がるもの、つまり、個人が対象の起点として捉えられ、個人を包含する家族、家族を包含するコミュニティ、これらを包含する社会集団と対象が拡大していた。

(2) 健康問題の捉え方と健康課題設定の視点

PHP では、国・州・民族・種族を構成する明確な境界を持つ人口全体としての健康問題が捉えられ、人口全体を対象とする健康課題を設定しトップダウンで働きかけるものであった。C/PHN は、個人・家族の健康問題を、それらを包含するグループやコミュニティの特性と関連付けて捉え、個人・家族、グループ・コミュニティの連続体としての社会集団を対象とする健康課題を設定し働きかけるものであった。つまり、個人・家族、グループ・コミュニティのいずれのレベルへの関わりであっても、そこで見出された健康問題を社会集団の関係性に位置づけ、社会集団共通の健康問題として見出し、個人・家族、グループ・コミュニティに留まらず社会集団全体を対象とした健康課題を設定し働きかけを行うものであった。

(3) 集団における個人の位置づけ

PHP では、個人は明確な境界をもつ集団、つまり、既存の社会システムの一構成員として位置づけられる。C/PHN では、個人は PHP と同様に既存の社会システムの一構成員でもあるが、「目の前の個人」である時、個人は包含される母集団が社会シ

ステムとして発現する起点に位置づけられていた。すなわち、個人の置かれた状況や個人が抱える健康問題によって、社会システムが多様に見出されていくと考えられた。

3. 米国の公衆衛生看護のコンピテンシーと日本の公衆衛生看護の能力指標との比較

1) 共通点

目的、公衆衛生との関係性、対象の捉え方に共通点がみられた。両者ともに集団の健康を守り増進していくという公衆衛生の目的を達成することを理念とし、公衆衛生を基盤として構築されていた。対象は、個人・家族、個人・家族を包含するグループ・コミュニティ、グループ・コミュニティを包含する社会集団というシステムレベルで捉えられていた。

2) 相違点

成り立ち、枠組みの基本設計、基幹項目・下位項目に相違がみられた。

ここでの基幹項目は、米国と日本の能力枠組の骨格となるコンピテンシーを示し、PHP および C/PHN に提示された「ドメイン」、日本の能力指標では「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」¹⁵⁾に提示されるような「実践能力」の総称である。

(1) 成り立ちと枠組みの基本設計

C/PHN の枠組みとなる概念構造および8つの基幹項目は、PHP に準拠して構築されていた。下位項目についても、PHP の下位項目との整合性をとって構築されていた。

日本の能力指標については、指標の基盤となった「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」¹⁵⁾を例にとると、基幹項目は公衆衛生の特性に基づく実践上の原理を基盤とする保健師技術の目的を示すものとして、下位項目は保健師の能力や技術全般を示す既存資料の内容分析により構築された²¹⁾。基幹項目は保健師の機能を示しており、下位項目は基幹項目の機能を果たすために必要な能力として提示されていた。

(2) 基幹項目と下位項目

C/PHN と主に日本の能力指標の基盤である「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」の比較の結果、項目による4種類の相違が示された(表1)。

- ① C/PHN と日本の能力指標ともに基幹項目と下位項目で示されている【C/PHN ドメイン(保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度):ドメイン2(基幹項目Ⅳ, 中項目L, 小項目57~59)】

表 1 米国 C/PHN と日本の保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と卒業時の到達目標と到達度¹⁵⁾より筆者らが作成)

【米国】C/PHN		C/PHN の各ドメインに対応する日本の能力指標 (保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度)	
基幹項目 (ドメイン)	下位項目 (能力項目数)	提示された能力の概要	①C/PHN と日本の能力指標にも基幹項目と下位項目で示されている ②C/PHN では基幹項目だが、日本の能力指標では下位項目に含まれている ③C/PHN では基幹項目だが、日本の能力指標では独立した項目として示されていない ④日本の能力指標では基幹項目であるが、C/PHN では下位項目に位置づけられる
Domain 1. 情報収集/アセスメント能力	47項目 Tier 1 : 13項目 Tier 2 : 15項目 Tier 3 : 18項目	提示された能力の概要 データを特定し、理解し、行動するための情報ヘドータを転換し、コミュニケーションの健康ニーズに対応するためのニーズとアセット(assets)を評価し、コミュニティのヘルスアセスメントの開発、意思決定のためのエビデンスの活用。	②C/PHN では基幹項目だが、日本の能力指標では下位項目に含まれている ③C/PHN では基幹項目だが、日本の能力指標では独立した項目として示されていない ④日本の能力指標では基幹項目であるが、C/PHN では下位項目に位置づけられる
			【下位項目 (小項目)】 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 2. 社会資源について情報収集し、アセスメントする 3. 自然および生活環境(気候・公害等)について情報を収集し、アセスメントする 4. 対象者および対象者の属する集団を全体として捉え、アセスメントする 5. 健康問題を持つ当事者の視点を踏まえてアセスメントする 6. 系統的・継続的に情報を収集し、継続してアセスメントする 7. 収集した情報をアセスメントし、地域特性を見いだす 54. 健康課題の解決のためにシステム化の必要性をアセスメントする 59. 施策化に必要な情報を収集する
Domain 2. 施策策定能力	44項目 Tier 1 : 12項目 Tier 2 : 13項目 Tier 3 : 19項目	必要な施策やプログラムの決定、施策やプログラムの提唱、施策やプログラムの計画、実施、評価、継続的な質改善のための戦略の策定・実施、地域保健改善計画や戦略計画の策定・実施。	【基幹項目】 IV. 地域の健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化する能力 【下位項目 (中項目)】 L. 施策化する 【下位項目 (小項目)】 57. 組織(行政・事業所・学校等)の基本方針・基本計画との整合性を図りながら施策を理解する 58. 施策の根拠となる法や条例等を理解する 59. 施策化に必要な情報を収集する

表 1 米国 C/PHN と日本の保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度の対比 (つづき)

【米国】 C/PHN		C/PHN の各ドメインに対応する日本の能力指標 (保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度)	
基幹項目 (ドメイン)	下位項目 (能力項目数)	提示された能力の概要	①C/PHN と日本の能力指標と ②C/PHN では基幹項目だが、日本の能力指標では下位項目に含まれている
Domain 3. コミュニケーション能力	28項目 Tier 1 : 9項目 Tier 2 : 8項目 Tier 3 : 11項目	集団のリテラシーの評価と対処, コミュニティのインプットを要請し利用すること, データと情報の伝達, コミュニケーションの促進, 政府, ヘルスケア, その他の役割のコミュニケーション。	③C/PHN では基幹項目だが、日本の能力指標では独立した項目として示されていない 【下位項目 (小項目)】 31. 協働するためのコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く
Domain 4. 文化的能力	23項目 Tier 1 : 5項目 Tier 2 : 9項目 Tier 3 : 9項目	多様なニーズの理解と対応, 組織の文化的多様性とコンピテンシーの評価, 異なる集団に対する施策やプログラムの効果の評価, 多様な公衆衛生従事者の支援活動。	【下位項目 (小項目)】 1. 身体的・精神的・社会的側面から客観的・主観的情報を収集し, アセスメントする 18. 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う
Domain 5. 地域活動の実践能力 (地域づくり能力)	34項目 Tier 1 : 12項目 Tier 2 : 10項目 Tier 3 : 12項目	コミュニティ内の連携や関係の評価と発展, パートナーシップとコミュニティ参画の維持と発展, コミュニティのアセット (assets) の利用に関する交渉, 公衆衛生施策とプログラムの擁護, コミュニティ参画の有効性の評価と改善。	【下位項目 (小項目)】 2. 社会資源について情報収集し, アセスメントする 11. 地域の人々の持つ力 (健康課題に気づき, 解決・改善, 健康増進する能力) を見いだす 14. 地域の人々に適した支援方法を選択する 18. 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う 21. 地域の人々が意思決定できるよう支援する 24. 地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う 51. 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な機会と場, 方法を提供する 52. 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 53. 必要な地域組織やサービスを資源として開発する

表 1 米国 C/PHN と日本の保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度の対比 (つづき)

【米国】 C/PHN		C/PHN の各ドメインに対応する日本の能力指標 (保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度)	
基幹項目 (ドメイン)	下位項目 (能力項目数)	提示された能力の概要	①C/PHN と日本の能力指標と ②C/PHN では基幹項目だが、日本の能力指標では下位項目に含まれている
Domain 6. 公衆衛生学を用いる能力	34項目 Tier 1 : 10項目 Tier 2 : 11項目 Tier 3 : 13項目	公衆衛生の基礎と顕著な事象を理解し, 実践に公衆衛生学を適用し, 研究をクリティックし, 発展させ, 施策とプログラムの策定にエビデンスを用いて学術的パートナーシップを構築する。	④日本の能力指標では基幹項目であるが, C/PHN では下位項目に位置づけられる
Domain 7. 予算マネジメント能力	64項目 Tier 1 : 18項目 Tier 2 : 23項目 Tier 3 : 20項目	コミュニティの健康ニーズに対処できる他の政府機関とのつながり, 公衆衛生とヘルスケアの資金メカニズムの活用, 予算の策定と確保, 職員の動機づけ, プログラムと組織の業績の評価と改善, 組織業績の向上のための業績管理システムの確立と利用。	【日本の指標の基幹項目】 Ⅲ. 地域の健康危機管理能力 【C/PHN (Domain 7)】 7A2. 緊急時への備えや公衆衛生の事象中の災害対応 (感染症の発生, 自然災害, 人的災害) における公衆衛生看護師の役割を説明する。など
Domain 8. リーダーシップ・システム思考能力	54項目 Tier 1 : 16項目 Tier 2 : 17項目 Tier 3 : 21項目	組織への倫理基準の導入, 公衆衛生, 医療, その他の組織間の連携機会の創出, 人材育成, 変化するニーズと環境に対応する実践の調整, 継続的な質改善の保証, 組織の変革の管理, 政府の公衆衛生の役割の提唱。	【日本の指標の基幹項目】 Ⅲ. 地域の健康危機管理能力 【C/PHN (Domain 8)】 8B4c. コミュニティの公衆衛生の緊急時への備えのニーズを明らかにする能力を示し, 対応活動を組織する。など 【日本の指標の基幹項目】 V. 専門的自律と継続的な質の向上能力 【C/PHN (Domain 8)】 8A5. 公衆衛生看護師として, 個人および専門性の開発を行うため, 個人, チーム, 組織の学習機会を利用する。など

a) ドメイン2：施策策定能力

C/PHNの基幹項目では、「施策策定能力」という独立した項目になっており、下位項目に当該コンピテンシーを構成する技術や行為の詳細が示されている。日本の能力指標の基幹項目では、1つの基幹項目を構成する要素として、また下位項目(中項目)で独立した項目として示され、下位項目(小項目)で説明されている。

【基幹項目】Ⅳ. 地域の健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化する能力^{15,16)}

【下位項目(中項目)】L. 施策化する^{15,16)}

【下位項目(小項目)】

- 組織(行政・事業所・学校等)の基本方針・基本計画との整合性を図りながら施策を理解する^{15,16)}
- 施策の根拠となる法や条例等を理解する^{15,16)}
- 施策化に必要な情報を収集する^{15,16)}

② C/PHNでは基幹項目だが、日本の能力指標では下位項目に含まれている【C/PHNドメイン(保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度 小項目)：ドメイン1(1~7・54・59)、ドメイン7(64)】

C/PHNでは、基幹項目として独立して提示され、下位項目に当該コンピテンシーを構成する技術や行為の詳細が示されているが、日本の能力指標では下位項目に含まれ、その詳細は示されていないものがみられた。

a) ドメイン1：情報収集/アセスメント能力

日本の能力指標では、健康課題の明確化・計画立案する能力、システム化・施策化に関連する基幹項目の下位項目として示されている。

- 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^{15,16)}
- 社会資源について情報収集し、アセスメントする^{15,16)}
- 自然および生活環境(気候・公害等)について情報を収集し、アセスメントする^{15,16)}
- 対象者および対象者の属する集団を全体として捉え、アセスメントする^{15,16)}
- 健康問題を持つ当事者の視点を踏まえてアセスメントする^{15,16)}
- 系統的・継続的に情報を収集し、継続してアセスメントする^{15,16)}
- 収集した情報をアセスメントし、地域特性を見いだす^{15,16)}
- 健康課題の解決のためにシステム化の必要性をアセスメントする^{15,16)}

- 施策化に必要な情報を収集する^{15,16)}

b) ドメイン7：予算マネジメント能力

日本の能力指標では施策化や事業化に関連する基幹項目の下位項目として示されている。

- 予算の仕組みを理解し、根拠に基づき予算案を作成する^{15,16)}

自治体保健師の標準的なキャリアラダー¹⁸⁾では、事業化・施策化という保健師の活動領域の「求められる能力」の一つとして「保健医療福祉施策を理解し、事業を企画立案し、予算を確保できる能力」が示されているが、詳細の記載はない。

③ C/PHNでは基幹項目だが、日本の能力指標では独立した項目として示されていない【C/PHNドメイン(保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度小項目)：ドメイン3(31)、ドメイン4(1・18)、ドメイン5(2・11・14・18・21・24・51・52・53)、ドメイン6(明示なし)、ドメイン8(明示なし)】

a) ドメイン3：コミュニケーション能力

日本の能力指標では協働する能力に関する下位項目の要素として言及されている。

- 協働するためにコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く^{15,16)}

公衆衛生看護学教育モデル・コア・カリキュラム¹⁷⁾では、「保健師として求められる基本的な資質・能力」の1つに挙げられているが、「対人支援におけるコミュニケーション」および「組織間コミュニケーション」に必要な能力として説明されており、能力の詳細は示されていない。

b) ドメイン4：文化的能力

日本の能力指標では情報収集や活動展開に関する下位項目の要素として言及されている。

- 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^{15,16)}
- 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う^{15,16)}
- 地域に暮らす多様な人々と信頼関係を築き、支援を行うために、人々の生活と文化、価値規範を尊重し、対応できる能力を身につける¹⁷⁾

c) ドメイン5：地域活動の実践能力(地域づくり能力)

日本の能力指標では独立した項目として提示されていない。しかし、日本の能力指標全体を通して、本項目に相当する能力が示されている。

- 社会資源について情報収集し、アセスメントする^{15,16)}
- 地域の人々の持つ力(健康課題に気づき、解

決・改善, 健康増進する能力) を見いだす^{15,16)}

- 地域の人々に適した支援方法を選択する^{15,16)}
- 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う^{15,16)}
- 地域の人々が意思決定できるよう支援する^{15,16)}
- 地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う^{15,16)}
- 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^{15,16)}
- 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^{15,16)}
- 必要な地域組織やサービスを資源として開発する^{15,16)}

d) ドメイン6: 公衆衛生学を用いる能力

日本の能力指標では明示されていない。

e) ドメイン8: リーダーシップ・システム思考能力

日本の能力指標では明示されていない。

④ 日本の能力指標では基幹項目であるが, C/PHN では下位項目に位置づけられる【保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度 基幹項目 (C/PHN ドメイン): III (ドメイン7・8), V (ドメイン8)】

a) 健康危機管理能力

C/PHN では, ドメイン7「予算マネジメント能力」およびドメイン8「リーダーシップ・システム思考能力」の下位項目に示されている。

- 7A2. 緊急時への備えや公衆衛生の事象中の災害対応 (感染症の発生, 自然災害, 人的災害) における公衆衛生看護師の役割を説明する。
- 7B2. コミュニティと, 緊急時への備えなど公衆衛生状況に権限を持つ連邦, 州, 民族, 地方の当局とのパートナーシップを構築する。
- 7C2. 公衆衛生の状況または緊急時など特定の問題を管轄する連邦, 州, 民族, 地方の当局の機関とのパートナーシップにおいて, リーダーシップを発揮する。
- 8A4b. 個人, 家族, グループを守るため, 環境危害要因や緊急時の備えについて説明する。
- 8B4c. コミュニティの公衆衛生の緊急時への備えのニーズを明らかにする能力を示し, 対応活動を組織する。
- 8C4c. コミュニティの部門全般で, 公衆衛生の緊急時への備えに対する機能を養う。

b) 自己の資質向上を目指し学び続ける能力

C/PHN では, ドメイン8「リーダーシップ・システム思考能力」の下位項目に示されている。

●8A5. 公衆衛生看護師として, 個人および専門性の開発を行うため, 個人, チーム, 組織の学習機会を利用する。

●8B5. 継続的な人材開発を奨励するために専門職種間連携チームと組織の学習機会を決定する。

●8C5. 個人, 専門職種間連携チーム, 組織のレベルで学習機会を開発できるように支援する。

3) C/PHN と日本の公衆衛生看護の能力指標の特徴

C/PHN と日本の公衆衛生看護の能力指標は, ともに公衆衛生を基盤とし, 公衆衛生の目的を達成することを目指して構築されている。しかし, 項目の提示方法とその表現方法に違いと特徴がみられた。

基幹項目と下位項目では, とくに C/PHN の基幹項目の中で, 日本の指標では独立して取り上げられていない「情報収集/アセスメント能力」「文化的能力」「コミュニケーション能力」「公衆衛生学を用いる能力」「リーダーシップ・システム思考能力」について, 下位項目に詳細で具体的な技術や行為として示されている点が大きな違いであった。対して, 日本の指標では, 「専門的自律と継続的な質の向上能力」「生涯にわたって学び続ける姿勢」「プロフェッショナルリズム」といった公衆衛生看護活動の実践者が備えるべき資質を獲得する能力, あるいは, 保健師という専門職像を追求する能力といった C/PHN では下位項目に位置づけられているものが基幹項目として明示されている点が特徴的であった。

項目の表現方法については, C/PHN において「多様な公衆衛生従事者の支援活動」「公衆衛生施策とプログラムの擁護」「政府の公衆衛生の役割の提唱」など, 「公衆衛生」が明示されている点が特徴的であった。

V 考 察

1. 公衆衛生および公衆衛生看護の実践への示唆

1) 公衆衛生専門家のコンピテンシーの活用

公衆衛生は, 州や区といった境界が明確な地理的区域や民族・種族を構成する人口, つまり, 共通の属性を持つ人々の集団であるマスに働きかけることを前提としている。この前提に立つ公衆衛生は, ある集団を構成する人口全体を有機的なシステムとして捉え, 働きかけの対象としてアセスメントを行い, 抽出した健康問題から健康課題を設定していく, つまり, 健康問題への対応策を考案し政策化していくプロセスである。

このプロセスは, 対象集団を構成する人口全体に

ついで分析・アセスメント能力、集団の情報リテラシーやプレスリリースなどマスコミュニケーションも意識したコミュニケーション能力、集団内の多様性を認識し健康への影響を評価し対応する文化的能力、地域づくりを推進する能力、施策化に向けた資金調達と予算化能力、対象とする集団の全体像を社会システムとして捉えシステム内のグループ・組織・コミュニティ等のつながりや関係性に着目して働きかけ変化を起こす能力が発揮されることで推進されることが示された。

公衆衛生に従事する職種は多岐に渡る。より効果的な公衆衛生活動の実現を目指して、職種ごとのコンピテンシーのみならず、公衆衛生従事者として共通して備えるべきコンピテンシーの提示が不可欠である。わが国においては、これまでもすべての公衆衛生従事者に共通する能力指標構築の必要性が述べられてきた^{3~5)}。しかしながら、2019年に Master of Public Health 取得者に求められる能力指標が示された²⁾ものの、すべての公衆衛生従事者に共通する能力指標の構築には至っていない。新型コロナウイルス感染症の世界的な流行など、公衆衛生医師、保健師など公衆衛生活動に従事するすべての職種の力を結集し取り組むべき課題が発生している。各専門家がそれぞれの役割を認識し、効果的に協働できる体制の基盤整備に向けて、公衆衛生従事者に共通する能力指標の構築が急務である。PHP を参考に公衆衛生従事者の共通能力指標が構築されることで、明確な共有ビジョンを持った効果的な人材育成、公衆衛生活動の展開が実現されると考えられる。

2) 公衆衛生看護のコンピテンシーと育成の方向性

米国の公衆衛生専門家の共通コンピテンシーと公衆衛生看護におけるコンピテンシーの比較および米国の公衆衛生看護のコンピテンシーと日本の公衆衛生看護の能力指標の比較を通して検討された公衆衛生看護の特徴は、「目の前の個人」を起点に個人が属する集団を連続的・重層的に社会集団として捉え働きかけ、全体を変えていくことであると考えられた。公衆衛生看護の実践は、「目の前の個人」が社会集団全体の何の反映であるかということのみで、「全体をどう変えていくか」を検討するものであるといえる。すなわち個人への着目から始まり、個人の健康問題の原因を、個人が属する家族、グループ・コミュニティ、社会集団との関連で考え、その解決に向けた健康課題を設定し取り組むことで全体の変容を狙う、また、全体の変容を通して個人の健康問題を解決に導くプロセスである。

「全体をどう変えていくかを考える実践」は、「何

に働きかけていくのか」「何を変えていくのか」への着目が重要である。多くの健康問題は、単純な因果律で原因を特定することが困難であり、原因が特定されたとしても、原因自体を変えたり取り除いたりすることができない。そのため、健康問題が生じる原因、悪化・改善に寄与する要因、メカニズムを、「要素間の相互作用を通じて、全体が一つの総体として動きや性質を示す集合」²⁾であるシステムという視点から理解し、原因そのものを除去・変容するのではなく、作用のプロセスの中に因果を見出し、プロセスに働きかけ、プロセスの変化を目的とした健康課題を設定し取り組むことで健康問題を解決していくのである。

このような公衆衛生看護の特徴は、集団を志向し、健康や疾病を社会システムと関連付けて捉え、システム内のつながりとダイナミクスを読み解き働きかけることで人々の健康を阻害するプロセスに変化を起こしていく公衆衛生が基盤である。しかし、日本の公衆衛生看護の能力指標を C/PHN と比較すると、相対的に「公衆衛生の目的の達成」という公衆衛生看護の到達点がみえにくい。これは、両者の成り立ちと構築の枠組みの違いに因ると考えられる。PHP を枠組みに10の必須公衆衛生サービスの提供を実現する技術や行為を提示している C/PHN は、「公衆衛生専門家である公衆衛生看護実践者のコンピテンシー」として構築されていると言える。一方、日本の能力指標は、公衆衛生の目的を具現化する方法としての保健師技術から導出された公衆衛生看護の機能を骨子に据え、その機能を遂行する技術や行為を能力として示したものである。そのため、公衆衛生看護の実践が焦点化され体系的に示されたものとなっていると考えられる。今後は、公衆衛生の目的の達成を表現し、かつ公衆衛生従事者の能力指標と整合した項目と内容を有する公衆衛生看護の能力指標の作成が期待される。

日本における公衆衛生看護の能力指標の洗練に向けては、情報収集能力、アセスメント能力、文化的能力、コミュニケーション能力、公衆衛生学を用いる能力、システム思考能力など公衆衛生看護に共通する能力であるが詳細が言語化されていない能力の一つの能力として取り上げ、これらを構成する詳細な技術や行為の洗い出しが一助となると考えられる。すなわち、「公衆衛生の目的を達成するために公衆衛生看護従事者が獲得すべきアセスメント能力とは何か」と問い直し、言語化していく取り組みが必要であると考えられる。

C/PHN に示されているように公衆衛生看護のコンピテンシーは、根源的であるとともに非常に広範

であり、活動の実践技術と捉えると、その数は膨大である。しかし、保健師の育成という側面から注目するのは実践技術を習得できるか否かではなく、目の前の、あるいは今後予測される現象に対して公衆衛生の専門家として何をなすべきかを自ら創造的に模索し、適切な技術を用いて働きかける能力である。

かつてないスピードと規模で変化し、さらなる多様化が進む社会とそこで生活を営む個人とその個人が属する多様な集団を対象として実践を展開する保健師には、公衆衛生・公衆衛生看護の目的を踏まえ、社会の趨勢を捉え社会情勢の変化に伴って生じる新たな健康問題を見出し、健康課題として設定し解決する技術を試行錯誤によって開発・刷新していく能力の獲得が不可欠である。これは、短期間で育成できるものではなく、現在の学部教育では、困難な取り組みである。さらなる教育年数と公衆衛生・公衆衛生看護の能力の獲得に注力した教育プロセスが求められる。

2. 翻訳版普及の意義

COVID-19のパンデミックのように、公衆衛生は世界に共通した課題である。多様化が進み、国や地域の境界がますます不明瞭になっていく今後の世界において、人々の健康や安寧の実現に向けた公衆衛生・公衆衛生看護の実践は、地理的・社会文化的な相違を超えたコンピテンシーに根差す必要があると考える。社会文化的な相違を超えて求められるコンピテンシーを明らかにするために、様々な国で構築されたコンピテンシーを共有し、そこから学び、インスピレーションを得、互いにフィードバックしていくことが求められる。言語的なバリアをなくし、より多くの公衆衛生従事者が他国のコンピテンシーを理解しコンピテンシーの明確化・構築のプロセス参画への間口を保証し広げていくことに今回の翻訳および翻訳版普及の意義があると考えられる。

Ⅵ 結 論

米国の公衆衛生専門家のコアコンピテンシーと米国の公衆衛生看護におけるコンピテンシーの比較、米国の公衆衛生看護のコンピテンシーと日本の公衆衛生看護の能力指標の比較を通して、公衆衛生看護のコンピテンシーの明確化に向けた検討を行った。

公衆衛生看護は、公衆衛生の目的の達成を目指して、「目の前の個人」を起点に個人が属する集団を連続的・重層的に社会集団として捉え働きかけ、全体を変えていく取り組みに特徴があった。この取り組みを支えるコンピテンシーは、公衆衛生を基盤として構築され、非常に広範な技術や行為を包含していることが、米国の公衆衛生看護のコンピテンシー

と日本の公衆衛生看護の能力指標の比較を通じた検討から確認された。

公衆衛生の目的達成に向けたより効果的な実践、効果的な実践を展開する人材の育成への貢献を目指し、日本の公衆衛生看護の能力指標は、一層の洗練が必要である。その方向性として、公衆衛生の目的を表現し、公衆衛生従事者の能力指標と整合した内容の検討が考えられる。そのためにも、わが国におけるすべての公衆衛生従事者に共通する能力指標が明確化される必要がある。同時に、これまで明らかにされてこなかった、情報収集能力、アセスメント能力、コミュニケーション能力、文化的能力、公衆衛生学を用いる能力、システム思考能力等を一つの独立した能力として捉え、これらを構成する詳細な技術や行為を洗い出し、言語化していく取り組みも必要であると考えられる。

本稿は、日本公衆衛生学会の委員会「公衆衛生看護のあり方に関する委員会」の活動内容を報告したものです。

本研究に関して、開示すべきCOIはありません。

受付	2022.11. 2
採用	2023. 5.26
J-STAGE早期公開	2023. 8. 4

文 献

- 1) Scutchfield FD, Ingram RC. Public health systems and services research: building a evidence base to improve public health practice. *Public Health Rev* 2013; 8: 35.
- 2) 公衆衛生大学院プログラム校連絡会議コンピテンシーワーキンググループ. 公衆衛生大学院プログラム校連絡会議コンピテンシーワーキンググループ報告書. 2019. <http://square.umin.ac.jp/sph/%E5%85%AC%E8%A1%86%E8%A1%9B%E7%94%9F%E5%A4%A7%E5%AD%A6%E9%99%A2%E3%83%97%E3%83%AD%E3%82%B0%E3%83%A9%E3%83%A0%E6%A0%A1%E9%80%A3%E7%B5%A1%E4%BC%9A%E8%AD%B0%E3%82%B3%E3%83%B3%E3%83%94%E3%83%86%E3%83%B3%E3%82%B7%E3%83%BCWG%20%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B820191025.pdf> (2022年9月17日アクセス可能).
- 3) 綿引信義. 米国におけるコンピテンシーに基づく公衆衛生専門職の育成について. *保健医療科学* 2006; 55: 100-105.
- 4) 鳩野洋子, 岡本玲子, バーバラ・ジョンソン, 他. 英国における公衆衛生専門職のコンピテンシー. *保健医療科学* 2006; 55: 106-111.
- 5) 武村真治. 諸外国における公衆衛生専門家・専門医制度の実態 日本における適用可能性の検討. *公衆衛生* 2020; 84: 464-468.
- 6) 大野絢子. 保健婦に求められる能力とその育成課題. *The Kitakanto Medical Journal* 2000; 50: 367-380.

- 7) 大倉美佳. 行政機関に従事する保健師に期待される実践能力に関する研究 デルファイ法を用いて. 日本公衆衛生雑誌 2004; 51: 1018-1028.
- 8) 地域保健従事者の資質の向上に関する検討会. 地域保健を支える人材の育成 実態調査と事例から見た将来像. 東京: 中央法規. 2004; 69-74.
- 9) 公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会. 公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動報告「保健師のコアカリキュラムについて」中間報告. 日本公衆衛生雑誌 2005; 2: 756-764.
- 10) 岡本玲子, 塩見美抄, 中山貴美子, 他. 変革期に対応する保健師の新たな専門技能獲得に関する研究. 平成16年度厚生労働省科学研究費補助金健康科学総合研究事業報告書. 2005. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/10534> (2022年9月17日アクセス可能).
- 11) 岡本玲子, 塩見美抄, 中山貴美子, 他. 変革期に対応する保健師の新たな専門技能獲得に関する研究. 平成17年度厚生労働省科学研究費補助金健康科学総合研究事業報告書. 2006. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2005/058071/200501222A/200501222A0001.pdf> (2022年9月17日アクセス可能).
- 12) The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. Core competencies for Public Health Professionals. 2014. http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals_2014June.pdf (2022年9月17日アクセス可能).
- 13) The Quad Council Coalition. Community/Public Health Nursing [C/PHN] Competencies. 2018. https://www.cphno.org/wp-content/uploads/2020/08/QCC-C-PHN-COMPETENCIES-Approved_2018.05.04_Final-002.pdf (2022年9月17日アクセス可能).
- 14) Centers for Disease Control and Prevention. 10 Essential Public Health Services. 2020. <https://phnci.org/uploads/resource-files/EPHS-English.pdf> (2022年9月17日アクセス可能).
- 15) 看護教育の内容と方法に関する検討会. 看護教育の内容と方法に関する検討会第一次報告. 保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度. 2010. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001316e.pdf> (2022年9月17日アクセス可能).
- 16) 全国保健師教育機関協議会. 保健師教育におけるミニマムリクワイアメンツ. 2014. <https://www.zenhokyo.jp/work/doc/h26-iinkai-hokenshi-mr-houkoku.pdf#view=Fit&page=1> (2022年9月17日アクセス可能).
- 17) 全国保健師教育機関協議会. 公衆衛生看護学教育モデル・コア・カリキュラム (2017). 2018. <https://www.zenhokyo.jp/work/doc/core-curriculum-2017-houkoku-2.pdf> (2022年9月17日アクセス可能).
- 18) 保健師に係る研修のあり方等に関する検討会. 保健師に係る研修のあり方等に関する検討会 最終とりまとめ ~自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて~. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120070.pdf> (2022年9月17日アクセス可能).
- 19) 公衆衛生看護のあり方に関する委員会. 平成29/30年度公衆衛生看護のあり方に関する委員会報告書. Core Competencies for Public Health Professionals June 2014. 和訳. 2021. https://www.jsph.jp/files/Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals_.pdf (2022年9月17日アクセス可能).
- 20) 公衆衛生看護のあり方に関する委員会. 平成29/30年度公衆衛生看護のあり方に関する委員会報告書. Community/Public Health Nursing [C/PHN] Competencies (Quad Council Coalition, 2018) 和訳. 2021. <https://www.jsph.jp/files/E69C80E7B582E7898820CPHN20E5928CE8A8B3.pdf> (2022年9月17日アクセス可能).
- 21) 麻原きよみ, 大森純子, 小林真朝, 他. 保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度. 日本公衆衛生雑誌 2010; 57: 184-194.
- 22) 大森純子. 公衆衛生看護の対象. 麻原きよみ, 佐伯和子, 岡本玲子, 他 編. 公衆衛生看護学テキスト1 公衆衛生看護学原論. 東京: 医歯薬出版. 2022; 23-54.

Comparison and clarification of public health and public health nursing competencies: A report of the Committee on Public Health Nursing (2017–2018)

Yuko EGAWA^{*}, Kiyomi ASAHARA^{2*}, Junko OMORI^{3*}, Hiroko OKUDA^{4*},
Taeko SHIMAZU^{5*}, Tomofumi SONE^{4*}, Nanako TAMIYA^{6*}, Etsuko TOYAZAKI^{7*},
Takashi NARUSE^{8*} and Sachiyo MURASHIMA^{9*}

Key words : public health, public health nursing, competencies, United States, Japan

Objectives The Committee on Public Health Nursing (2017–2018) of the Japanese Society of Public Health aimed to elucidate the competencies of public health and public health nursing to provide basic materials for public health, public health nursing education, practice, and research.

Methods We studied the core competencies of public health professionals and public health nursing in the United States and examined similarities to and differences from those in Japan.

Results The United States and Japan shared similar public health and public health nursing competencies in that they targeted populations, identified health problems, and clarified health challenges for effective actions. However, differences were noted in the understanding of target groups, perspectives for identifying health problems and overcoming health challenges, and conceptualization of individuals in populations. In public health, the target population practiced clear boundaries, such as residing in certain geographical areas and ethnic groups, among others. In health challenges, the top-down approach was employed to resolve health problems in certain populations. The individual was recognized as a part of a population composed of a certain group. In public health nursing, target population (e.g., from individuals/families to groups/communities/social groups) were understood in a continuous and multilayered manner. Individual/family health problems were associated with the characteristics of groups, communities, and social groups that encompass the continuum. Moreover, health challenges were addressed in a manner oriented toward the transformation of social groups as a whole. Public health nursing competencies in both countries, which share many similarities, were developed to achieve the objectives of public health. In the United States, the competencies and skills considered necessary, such as analytical/assessment and cultural competency skills, were clearly expressed and constructed in line with the core competencies of public health professionals. However, in Japan, skills and abilities necessary as competencies in public health nursing mentioned above were not specified.

Conclusion Elucidating the core competencies of public health professionals in Japan is essential to develop human resources that can contribute to effective practices in public health and public health nursing. Toward this end, skills and abilities necessary as competencies in public health nursing in Japan, which were not previously verbalized, should be described in detail.

* School of Health and Sciences, Tokyo University of Technology

^{2*} Graduate School of Nursing Science, St. Luke's International University

^{3*} Graduate School of Medicine, Tohoku University

^{4*} National Institute of Public Health

^{5*} Graduate School of Health and Welfare Sciences, International University of Health and Welfare

^{6*} Faculty of Medicine, University of Tsukuba

^{7*} Children and Youth Bureau, City of Yokohama

^{8*} Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

^{9*} Oita University of Nursing and Health Sciences