

日本公衆衛生学会
公衆衛生看護のあり方に関する委員会
(第4期)
報告書

平成23年10月

I	はじめに	i
	村嶋幸代 公衆衛生看護のあり方に関する委員会委員	
II	委員名簿	iii
III	委員会活動の記録	
	1. 第67回総会フォーラム（平成20年11月5日：福岡）	
	「保健師教育－現場と教育とで保健師教育について一緒に考えよう－」	
	1
	2. 文部科学省高等教育局長、厚生労働省医政局長に「保健師の質の確保について」見解書を渡す（平成21年6月17日）	5
	3. 第68回総会サテライトシンポジウム5（平成21年10月23日：奈良）	
	「保健師は社会の新しい課題に立ち向かう」	7
	4. 第69回総会公衆衛生行政研究フォーラム（平成22年10月27日：東京）	
	「公衆衛生看護の発展に向けて一点から面へと展開する保健師活動－」	
	29
	5. 委員会主催ワークショップ（平成23年5月14日：国立保健医療科学院）	
	「公衆衛生看護の人材育成における指導者養成と職場づくり」	37
	6. 第70回総会公衆衛生行政研究フォーラム（平成23年10月20日：秋田）	
	「大災害における保健師による公衆衛生活動」	57
IV	今後に向けて	69
	平野かよ子 公衆衛生看護のあり方に関する委員会副委員長	

はじめに

本報告書は、平成20年9月～平成23年8月までの日本公衆衛生学会 第4期公衆衛生看護のあり方委員会の活動記録である。委員長である筆者の異動により、発行が大変遅れたことを、先ず、お詫び申し上げます。

しかし、この期間、保健師の教育・活動については大きな変化があり、本委員会の役割も大きかった。

先ず、平成21年7月に保健師助産師看護師法が改正され、保健師に必要な教育年限が、6ヶ月から1年間に延長された。それに伴い、それまで看護系大学で必須とされてきた「保看統合化カリキュラム」の制約が外され、大学の自由度が増すことになった。これにより、保健師教育を看護師教育に積み上げて実施すること（修士課程における保健師教育）が可能となった。実際に、平成23年4月にはその第1号が生まれ、かつ、大学における看護師だけの教育が始まった。

本委員会は、平成21年6月17日に、實成文彦理事長と、公衆衛生看護のあり方委員会の委員長の連名で、文部科学省高等教育局長に、「保健師の質の確保について」の見解書を提出した。その内容は、本報告書の5頁に掲載されているが、その後の社会の動きには、この見解書が生きているといえる。

保健師教育の問題と共に、今期には、現職の保健師活動の課題も大きくなってきた。特に、社会の課題が大きくなっていく中で、保健師には、「未知の課題に立ち向かうこと」、「公衆衛生看護活動を、点から面へと展開すること」が、より一層求められるようになった。また、「人材育成の重要性と指導者養成」が一層求められるようになった。毎年の公衆衛生学会総会で、シンポジウムを企画し、

第68回（平成21年）、第69回（平成22年）、また、平成23年5月にはワークショップを開催して、この問題について討議した。話題提供をして頂いた演者の方々、ご参加頂いた皆様には、心から御礼申し上げます。

平成23年3月11日には、東日本大震災が起こってしまった。多くの犠牲に対し、心から哀悼の意を表す。この大災害に際して、公衆衛生従事者も多数現地に入り、活動した。特に、保健師は、被災した市町村や保健所の職員(当事者)として、また、支援者として、災害の初期から継続して関わってきた。一連のプロセスの中で展開されてきた公衆衛生活動を記録し、その機能を抽出していくことが必要である。平成23年10月に秋田で開催された第70回公衆衛生学会での「大災害における保健師による公衆衛生活動」は、そのプロセスを記述することを意図したものであった。この営みは今後も続いていく。

今期3年間は、保健師教育から現任教育、また、災害時の保健活動と、活動内容は多様であった。それだけ、保健師に対する期待が強いということであろう。社会の複雑化、課題の深刻化に伴い、保健師の活動は益々求められるようになった。公衆衛生という学際的な学会の中で看護職が活動する。その重要性を考慮し、今後も継続していきたい。

今後とも、ご指導・ご鞭撻頂けますよう、宜しくお願い申し上げます。

日本公衆衛生学会 公衆衛生看護のあり方委員会
第4期委員長 村嶋 幸代

委員名簿

委員長	村嶋 幸代	東京大学大学院医学系研究科地域看護学
副委員長	平野かよ子	東北大学大学院医学系研究科国際看護管理学
	遠藤 明	(財)医療情報システム開発センター
	佐甲 隆	医療法人 桜木記念病院
	井伊久美子	日本看護協会
	石垣 和子	石川県立看護大学
	宇田 英典	鹿児島県始良・伊佐地域振興局保健福祉環境部 始良保健所
	佐伯 和子	北海道大学大学院保健科学研究部
	松井 通子	千葉県医療技術大学校
理事長	實成 文彦	山陽学園大学

第67回総会フォーラム1

保健師教育 ～現場と教育とで保健師教育について一緒に考えよう～

平野かよ子（東北大学大学院保健学専攻国際看護管理学教授）

尾形由起子（福岡県立大学看護学部准教授）

福岡県では今後看護系大学が10校になる予定であるが、一方、行政保健師数は増加されることが望めず、保健師学生の臨地実習が極めて困難な状況になってきている。しかし、これは福岡県に留まらず複数の看護系大学を有する都道府県に共通する問題である。昨年（2022年）の日本公衆衛生学会（愛媛）においても保健師の養成について本学会公衆衛生看護のあり方委員会が保健師教育のフォーラムを開催したところ、全国から約200人の参加があり、教育及び実践の双方が、特に臨地実習のあり方について問題を抱えていることの共通理解を行ったところである。保健師の臨地実習に関する現場および教育

のニーズに対応するため、福岡県をはじめとする都道府県の臨地実習に関連する取り組みの情報を共有し、保健師養成のあり方について現場と教育と一緒に考えて行動する基盤を作りたいと思う。

また、本年3月22日に、保健師に関連する5団体により保健師の諸問題を解決しようとする「日本保健師連絡協議会」が発足し、保健師の養成のあり方は緊急の課題であるとされた。この動きについても紹介し、このフォーラムが協議会の活動とともに、保健師養成の臨地実習のあり方に関して、現場と教育が改善に向けて力強く一歩を踏み出す場としたい。

フォーラム1-1

保健師のカリキュラム改正の経緯

尾形由起子（福岡県立大学看護学部准教授）

日本における看護系大学の数は年に10校以上が新設されており、その増加の勢いは、10年前の想定を超えている。そのような状況の中、看護系大学では、保健師助産師看護師学校養成所指定規則（以下、指定規則）の改正案が出され、平成21年度より施行となる。新設大学設置をめぐる今日（2023年）の状況下で、看護の学士課程教育にも多様な観点からの教育目標・教育内容が保健師看護師助産師ともに、指定規則適用との関係においてどのようにカリキュラムを編成するか各大学において議論がなされているところである。また、医療制度変革が始まり、病院の機能分化・在院日数の短縮・在宅ケアの推進が打ち出され、また高度専門医療の進展およびその対極にある終末期医療の発展による医療の目的・内容の幅の広がりが生じている。この変革により、高齢者の増加等によって再編されてきた保健や福祉のあり方とも呼応し、特定健診・保健指導を中心に行政のマネジメントのもとでの民間サービスの参入も始まっている。新しい指定規則下の保健師教育においては、地域看護学12単位のうち、その内わけとして、地域看護学概論（2単位）、「個人・家族・集団の生活支援」「地域看護活動展開論」「地域看護管理論」（10単位）であり、公衆衛生看護を基本理念と目標を学び、学校保健・産業看護を含む地域活動の組織化を含めた展開方法、さらには、健康危機管理を含む内容となっている。平成9年改訂では、保健予防活動に焦点をおいた公衆衛生看護と在宅療養者に焦点を

当てた継続看護とを含む「地域看護学」とされていたが、今回は、高齢社会の到来から在宅医療推進の必要性、また生活習慣病予防や介護予防を強化する必要性から「在宅看護論」と「地域看護学」とを区分して学習することとされた。

保健師を求める場は行政機関以外にも広がり多様化している。一方で、保健師国家試験受験要件に相当する実習教育は、主として行政保健師に備わるべき実践能力と不可分の考え方で行われてきており、今回の改正でも、臨地実習4単位のうち、個人・家族・集団の生活支援実習（2単位）と地域看護活動展開実習・地域看護観理論実習（2単位）となり、3単位から1単位と単位数が増加した。保健師の実践的能力の育成にとっては、実習単位の増加は喜ばしいことであるが、行政保健機関の実習負担をさらに過大していることにつながっている。また、学士課程では保健師活動の場の広がりを一層拡大する方向性をもって教育にあたること、その上で、日本が発展させてきた保健師固有の高度実践能力を追求することが必要であるとされているが、保健師の分散配置が進んでおり、少数職場での実習受け入れは困難な現状である。今回の改正下において、臨地実習の成果を高めるには、学生の到達目標や到達度評価の共有などの施設側との一体的な実習展開、さらに単に実習協力を求めるのではなく、常時、実習施設と共に解決することや、実践研究活動を施設と共同で取り組むという関係にすることが重要であると考えられる。

フォーラム1-2

福岡県における地域看護実習の課題 ～現場と教育をつなぐ試み～

鎌田久美子（福岡県保健医療介護部医療指導課参事補佐兼看護指導係長）

地域看護の主たる担い手である行政保健師が対応しなければならぬ業務は、急増しており、保健師はこれまで以上に高度で専門的な能力が求められています。また、保健師国家試験の新規合格者の9割近くを大学の卒業生が占めるようになり、保健師養成のあり方と教育の質の確保が課題となっています。

平成9年の保健師助産師看護師学校養成所指定規則の改正以降、福岡県内においても看護大学の開設が相継いでおり、保健師養成数が急増し、現在、大学9校、短期大学（保健師専攻）1校の計10校で保健師教育が実施されています。来年度には短期大学が閉校しますが、今後、新たに看護大学2校の設置が予定されており、入学定員数は1000人を超えます。

本県では、地域看護実習を行う看護系大学で「福岡県地域看護実習連絡協議会（以下、協議会）」が設置され、県、政令市、市町村等との間で実習に関する調整が行われています。

医療指導課は政令市及び保健所政令市を除く13カ所の保健福祉環境事務所（以下、保健所）における実習の受け入れ時期、人数などについて、保健所からの意見・要望等を踏まえ、協議会と連絡を取りながら調整を行っています。このような中、平成19年4月、「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」が提出され、実践能力を強化するために、地域看護

学の単位数が増加しました。これを受け、今後の保健師教育のあり方について大学教員と現場保健師の意見交換会を実施するとともに、地域看護学実習に対する保健師の意識調査を実施しました。（平成20年5月「保健師ジャーナル」に掲載）

今年度は、看護大学教員との意見交換会を計画していますが、これに先立ち、保健所の実習担当者会議を開催し、現場の状況、今後の実習受け入れ等について意見交換を行いました。共通意見として、①保健師になることに対する動機づけのない学生への教育が困難、②看護基礎教育を終えて地域実習に望んで欲しい、③質の高い保健師を養成するには臨地実習は極めて重要であるため、保健師を志望する学生に限定した実習の受け入れ等が示され、保健師国家試験受験資格が卒業要件となる現在の教育制度に対する疑問の意見が数多く聞かれました。

今後、教育の質を確保するための地域看護実習のあり方や保健師の資質向上のための現任教員など、看護系大学と保健所、市町村等が協働して研究していく必要があると思います。

平成21年度から保健師教育の新カリキュラムが始まりますが、現代社会がもたらす様々な健康課題などに適切に対応できる保健師が養成されることを願っています。

フォーラム1-3

市町村保健師現場の意見

野口久美子（福岡県水巻町役場健康課長）

平成20年度からは、医療制度改革に伴い特定保健指導においては、住民一人一人が健診データから、自分自身の生活習慣を見直し、目標設定し行動変容に繋がる保健指導のスキルを求められます。時代とともに保健師に求められるニーズは変容し、今まさに保健指導を業とする保健師のあり方が問われています。

4年生大学を卒業し、保健師として就職しても地域実習体験も少なく、家庭訪問は全く経験しないまま地区担当で地域を任せられ、業務分担で業務を任せられ、処遇困難事例対応に専門技術の提供もできず、他職種との連携調整も充分に対応できず「一体保健師は何をしているのか」という声をあちらこちらで聞かれます。私は、平成17年度に福岡県地域保健師研究協議会が設置した市町村保健師研修検討委員会の座長として、研修体系の構築に向けて各ブロック代表保健師の委員と協議を進めている中、看護学生の地域実習の受け入れについても、現場の指導保健師の悩みが多く語られ、早速理事会に図り、今回の「福岡県内の保健師の地域看護実習に対する意識調査」を実施する運びとなりました。

行政の中では、分散配置がますます進み、一人職場では保健師の孤立化に繋がり、仕事を抱え込み、体調を壊し、退職に追い込まれる場合もあります。介護保険や包括支援センター、障害福祉、高齢者福祉、児童福祉等に配属された保健師が業務として、健康づくり分野に繋いでいく視点にかけ、保健師同士の連携も充分にとれていない現状です。保健師という職能をつなぎ、地域を看護する職種の機能を最大限に発揮できる職場環境の構築が急務になります。

現状では、保健師の専門性がみえにくく、保健師免許の不要論も唱えられ、今まさに公衆衛生看護がなくなる危機感があります。

保健師の資格取得のあり方は、保健師教育のあり方と大きく関係してきます。看護教育を4年とし、看護師の資格をもち保健師を希望するものに対しては、修士課程において地域実習の時間も増やし、医療保健の評価能力や業務を施策化し企画立案できる能力を学ぶためにも、現状の教育体制では、保健師の大量生産になっている現状を是非見直していただきたいと考えます。

フォーラム1-4

北海道における地域看護学実習受け入れ方針について

神野 雅子（北海道保健福祉部保健医療局医療政策課看護対策グループ主査）

平成9年の保健師助産師看護師学校養成所指定規則改正で、看護基礎教育における統合カリキュラムが導入されてから、道内では、看護大学の開設が相継ぎ、平成20年度には10大学1統合カリキュラム校、2保健師養成校になり、1学年830人の学生が入学する状況になった。これは、15年前の5倍の学生数になっている。

実習受け入れ施設である道内180市町村は、人口1万人未満の小規模町村が6割以上を占めており、財政状況はどこも極めて厳しい状況にあり、市町村合併や保健師を含めた職員配置の見直しなど組織機構改正が行われている。また、近年、保健医療福祉施策関連の各法改正によって、保健師に求められる役割が拡大してきており、限られたマンパワーの中で学生実習の受け入れを拡大することは、困難な状況になっている。さらに、現場の声として、学生数の増加は、一人一人の学生の実習環境を整えにくくなることに加え、保健師志望でない学生の地域看護学実習への関心の低下が、保健師の指導意欲にも影響するなどの意見が出され、道では、平成18年12月、統合カリキュラム教育を受けている学生のうち、保健師を志望する学生のみを対象とし、実習を受け入れる方針を示した。

しかし、平成19年保健師助産師看護師学校養成所指定規

則改正が行われ、地域看護学実習については、基本的な保健指導の実際や地域の保健計画に基づく保健活動の展開を学ぶために、学生全員に保健所・市町村実習が必須化された。

このことにより、保健師志望でない学生にも保健所・市町村実習が必須化され、実習施設の許容量を超える状況が明らかになった。道の方針のままでは、道内で実習ができなくなる学生が出てきてしまう一方、全員を受け入れれば、内容が希薄な実習環境となることが懸念され、市町村・保健所の意向調査や教育機関の意見を踏まえ、検討を重ねた結果、実習エリアを大学毎に指定する方針に止まった。予測していたことではあるが、地域によっては、学生全員に実習施設を確保できない状況が生じており、教育機関では、現在その調整に苦慮していると聞いている。

将来にわたって、質の高い保健師を安定的に育成していくため、効果的効率的な地域看護学実習体制とするにはどのようにすべきか、今後も教育機関や実践現場、道3者で協議を進める必要があるが、実践現場の努力や教育機関の工夫だけでは、問題解決にはならないことを提言するとともに、国に対し、抜本的な保健師教育制度の改革の必要性を求めている。

フォーラム1-5

日本保健師連絡協議会の活動紹介

井伊久美子（日本看護協会常任理事）

【活動主旨】保健医療制度の変革等により、保健師を取り巻く活動環境は大きく変化してきている。行政保健師の活動形態は、地区分担制から事業単位の業務分担制が増加し、地域全体を捉えることが困難になるなど、保健師活動に与える影響は大きい。また、市町村合併や分散配置により、保健師の現任教育にも大きい課題が生じている。加えて、産業保健領域や介護領域に働く保健師は少数であり、職能が連携する場がほとんど無い現状である。今後、行政保健師には、保健事業が民間サービスへの移行する上でのマネジメント能力をはじめ、新たな健康ニーズに対して、高い専門性を求められることになる。そして、介護予防や生活習慣病予防に関する保健サービスでは、保健師の活動の場の拡充とともに、民間の健康産業で働く保健師の増加が見込まれ、保健師の活動の

場そのものが大きく変動していくことが推測される。一方、基礎教育においては、看護系大学の急増に伴い実習場の確保すら困難であり、実習内容が不十分な実態がある。より完成度の高い実践力のある新卒保健師を求めている現状とは乖離が起こっているのである。このような現状に対して、保健師の専門性を発揮できるよう、活動の基盤強化と力量形成のための仕組みの再構築が緊急の課題であるとの認識で、保健師相互の力を集結し、自ら発信するために組織的に取り組んでいく。【構成団体】産業保健師活動研究会・社団法人日本看護協会・全国保健師教育機関協議会・全国保健師長会・日本公衆衛生看護研究会。【平成20年度活動】◇「保健師教育のあり方に関する見解」の公表、◇保健師教育に関する実態把握、◇都道府県毎の協議の場の設置

平成21年6月17日

文部科学省高等教育局長 徳永 保殿

日本公衆衛生学会 理事長 實成文彦

公衆衛生看護のあり方に関する委員会 委員長 村嶋幸代

保健師の質の確保について

公衆衛生は、憲法 25 条に規定された国民の健康で文化的な生活を営む権利を守るために、国が努力すべき事項として位置づけられています。昨今の社会情勢の変化により、公衆衛生として取り組む課題は、貧困・健康格差・虐待・職場のメンタルヘルス・健康危機管理等、多様化・深刻化し、公衆衛生従事者には一層高度な能力が求められています。

保健師は、看護学を基盤とし幅広い対象者に対応できるため、公衆衛生を担う人材の中でも、様々な場で活躍が期待されています。地域・職域・学校の他に、昨今は福祉領域・児童相談所・教育委員会や医療施設等においても求められています。健康者集団をみる専門職としてその成長発達を促すと共に、その中で健康問題をもつ人々を支援しながら、問題を産み出している原因を社会や環境との関係性から分析し、解決策や予防方法を探求して施策化・事業化する役割を担っています。保健師は、訪問や相談の中から問題の本質をつかみ、混沌とした状況を整理し解決に導きます。中でも、病気であることの認識が持てない人々へアプローチし、健康意識を高め公共の福利を確保する対応には、即座の倫理的な判断を含む高度な実践能力が求められます。

公衆衛生を担う保健師にはこのように高度な専門的能力が求められることから、従来から保健師の教育は、看護師教育に積み上げる形で行われてきました。しかし、看護系大学では、保健師教育は、看護師教育と統合化されたカリキュラムで行われるようになり、近年は保健師の9割以上が看護系大学で教育されています。この統合化カリキュラムでは、4年間で看護師と保健師両方の国家試験受験資格を取得することが学生全員に課されることから、指定規則で規定されている保健師教育科目を実施する時間が不足し、1つの科目が看護師教育の科目にも保健師の科目にも読み込まれています。カリキュラムの過密に加え、看護系大学の急増による地域看護学の実習場の不足に伴う実習期間の短縮化・

内容の希薄化が大きな問題になっています。このような教育では、憲法に定められている「公衆衛生の向上」を推進する保健師は育成できず、将来的には保健師の質も保証されなくなります。また、公衆衛生の質そのものも低下すると危惧され、看過できない大きな問題です。保健師に求められている公衆の生を護る役割、その際に求められる分析力や施策化・事業化などの高度な実践力を考えますと、看護系大学の卒業生に一律に保健師国家試験の受験資格を認めることは適当で無いと考えます。また、これからの保健師に求められる力量の教育は、大学院などの専門の課程で行うことが適当と考えます。

日本公衆衛生学会は、これまで、公衆衛生従事者の質の確保および向上に向けて、専門の委員会（公衆衛生人材委員会）を作り、公衆衛生従事者に必要な能力を明確にすると共に、検討結果を報告・提言して参りました。保健師に関しては、公衆衛生従事者の最多数であることから、特に、その質確保のために「公衆衛生看護の在り方委員会」を設けて鋭意検討し、既に2005年には「保健師のコアカリキュラム」（31単位）を発表しました（公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会：「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 52巻8号 756-764, 2005.）

これは保健師教育課程を、看護師教育に積み上げ、1年以上で実習を重視する、という考え方の下に作成したものです。このカリキュラムは、パブリックコメントも求めて広く公衆衛生関係者の支持を得ました。また、その意見を入れて、2007年には改訂版（38単位）を作成し、公表してきております（日本公衆衛生学会「公衆衛生看護のあり方委員会」第3期報告書(2008年8月31日), pp. 28-29)。これらは、2007年9月に改定された保健師助産師看護師養成所指定規則で、①「地域看護学」の構造化、②「保健福祉行政論」の単位増加、③「地域看護学実習」の強化に生かされました。

日本公衆衛生学会は保健師の質を確保することの重要性を考慮し、保健師教育および卒後研修が重要と認識しております。特に、緊喫の課題である保健師教育に関して下記の3点が肝要と考えます。

1. 4年課程の看護学教育で保健師国家試験受験資格を卒業要件としない（保健師看護師統合カリキュラムの見直し）
2. 保健師教育は、看護師基礎教育を基盤に、大学院修士課程などの専門の課程で行う
3. 保健師教育では実習を重視する

保健師は社会の新しい課題に立ち向かう

2009年10月23日（金）10：30～12：30

第2会場

奈良県文化会館 小ホール

サテライトシンポジウム5は、車谷学会長のご要望で公衆衛生学会の「公衆衛生看護のあり方委員会」が設定したものである。公衆衛生看護のあり方委員会は、平成12年に公衆衛生人材委員会から独立した委員会として設立され、3期に渡って活動してきた。これまで、質の高い保健師を提供できるように保健師教育に於けるコアカリキュラムを作成し、その過程で日本保健師連絡協議会を創設した。全国の保健師が力を合わせて公衆衛生の向上に貢献できる基礎を整えたわけである。今期は4期目になる。今まで保健師の養成機関における教育について、実習の充実を図って免許の質を上げる事を主に実施してきた。この4期では卒業教育や現任教育などの生涯教育についても取り上げたい。

1. 公衆衛生看護活動の充実と活性化、明確な保健師像の提示、
2. 保健師教育の質保証に向けた学会としての取り組みの推進、看護師との保健師教育の差異化、また日本保健師連絡協議会や全国保健所長会等の関連機関との共働
3. 卒業教育、現任教育の充実

今年6月12日には文部科学省と厚生労働省に日本公衆衛生学会として見解を提出した。これは現行の保看統合カリキュラムの問題点を認識し、それを早急に廃止する事、保健師教育は積み上げにする事—修士課程等の積み上げが望ましい。保健師教育では実習を充実する事である。

委員会行動の第二弾としてサテライトシンポジウムを企画した。

「公衆衛生を担う保健師～公衆衛生看護のあり方委員会の見解を基にして～」

平野かよ子

（東北大学大学院医学系研究科国際看護管理学・公衆衛生看護のあり方に関する委員会）

ご紹介いただきました平野です。本学会の「公衆衛生看護のあり方検討委員会」の立場で話題提供させていただきます。この委員会の検討課題の一つに「公衆衛生を担う保健師のあり方を明記すること」があります。その一端として今日お話ししたいと思います。

この紅葉はちょうど仙台もこのくらいですし、この奈良もこんな感じだったかなと思います。このスライドは前期のあり方委員会が保健師とはを定義し直したものです。この赤字にしたところが我々が追加した部分で、「保健師は看護学と公衆衛生学、社会科学の基礎を持ち、厚生労働大臣の免許を受けて保健師の名称を用いて保健指導に従事すると共に、一定の集団、もしくは地域での生活者全体に焦点を当てて、その生活者全体の健康の保持増進に向けた活動を展開する専門職種である。」です。ひとつは公衆衛生を担うにはこの社会科学の基盤をもつことが重要としたことです。保健指導という言葉ですが、今日の特健康保健指導の捉え方も、どうしても個別性の高い関わりがイメージされませんが、保健師が行う保健指導は決して個別的、個人への関わりだけではなく、集団あるいは生活者全体に対する活動を行う者であることを位置付け定義しています。

公衆衛生看護のあり方委員会 「保健師」とは

保健師は、看護学と公衆衛生学、社会科学の基礎をもち、厚生労働大臣の免許を受け、保健師の名称を用いて保健指導に従事するとともに、一定の集団もしくは地域での生活者全体に焦点を当て、その生活者全体の健康の保持増進に向けた活動を展開する専門職種である。

公衆衛生と公衆衛生看護

公衆衛生の「生」は、「生命」「生活」「人生(生涯)」「生産(生業)」の生の総体であり、これらは統合されたものである。公衆衛生看護は、これらの個人の生だけでなく、社会を形成する人々(公衆)の生を、看護の立場から参画し協働して衛る。

次のスライドは、理事長でもあられます実成先生がよくおっしゃられる事を土台にして公衆衛生と公衆衛生看護をまとめたものです。公衆衛生の生は生命の生、生活の生、それから人生あるいは生涯の生、そして生産に関わる生産の生の総体で、これらの生は統合されたものであるという事、この統合された生に関わる活動であり、さらに公衆衛生を担う看護はこれらの生を個人の生だけではなく、社会を形成する人々、公衆の生をいろいろな方たちと協働して担うことに看護の立場から参画する者であると、委員会として、このような整理を行い共通認識をもって進めてきています。

そして今学会のテーマの「格差」であります。格差と言いましても所得格差、あるいはそれに伴う教育格差なり、健康格差、そしてまた地域格差等いくつか取り上げられるかと思いますが、公衆衛生看護としては健康格差あるいは地域格差にかかわることかと思えます。一時、日本は貧困のない、格差のない総中流社会と認

識された時代もありましたが、この神話は崩れてきたのが今日だろうと思えます。

この格差ですけれども、個人の生活に格差がもたらすものはやっぱり「貧しさ」で、その一つには低所得、失業です。失業を免れた人も長時間労働を強いられる、あるいは受診しようかと思うけど控えてしまうといった生活の質の貧しさが起こってきます。

それからこれは私の主観ですが、現実感覚を失っている貧しさ、例えば仮想ゲームとかゲーム感覚で行うことが大きな社会的な問題を起し、現実認識から生まれる罪悪感のような感性も鈍り、万引きしても別に罪と感ぜない年齢層もある等、思いつく貧しさを挙げてみました。

この貧しさが引き起こす問題の本質は、繋がり希薄さであり、繋がり希薄の中で孤立するようになることが問題ではないかと思えます。特に疾病とか障害を持つ住民というのはひじょうに孤立しやすいですが、さらに格差は多くの人々の孤立を助長し、これが公衆衛生上での問題と思えます。この視点で昨今の保健師を捉えようと、分散配置等により保健師同士も繋がりを失い孤立し、公衆衛生を担う保健師そのものの中にもこの貧しさが生じ、他人事ではない事態が起きている思えます。こういった貧しさ・孤立は共同する事を少なくしますし、また、このことは他人の事に思いを馳せる「公共心」を欠くようになり、孤立と公共心の欠如が今日の社会ではないかと思えます。

社会の構造的な変化

組織再編・合併

業務担当、スペシャリスト

組織の巨大化

専門分化

市場原理の拡大

競争原理(共生の価値の縮小)
行政(公)責任の縮小・あいまいさ

このような変化は社会的な構造の変化に伴い生じる側面もあると思えます。雑駁な整理で

すけれども、一つには市場原理の導入され拡大し「競争」の価値が増大し、共生することより勝ち残る者で社会は構成されるといった理念・価値が敷かれたと思います。その中で例えどんな生活や健康状態になろうとも一定水準を保証しようという行政、あるいは公的責任の範囲が縮小し、曖昧にされ、公的な保障から民間あるいは私的なものによる経済活動に移される変化があったかと思います。そこで、こういった市場原理に対応するためにある程度の財政基盤を持たなければならぬといったことで、組織再編であるとか市町村の合併が推進され組織の巨大化が引き起こされる。組織が大きくなればそれぞれの部門を明確にし、ある程度専門分化して役割を担うことが構造的に求められ、保健師においても業務の分担化が助長され、あるいは専門性の高さを求める市民の価値の対応することを含めスペシャリスト化も大きく進んだ。

こういった社会構造の変化により公衆衛生が大きく影響を受けたことは、やはり公的あるいは行政の責任が非常に曖昧になったことかと思えます。さまざまな健康に関する活動は、いわゆる市民全体からの信託を受け行うといった価値・理念を失うと、生活者全体の健康を保証する事にむずかしさが出てきたと思います。公的責任としての健康づくり、あるいは格差をなくす事に「公的責任」があるという価値から「自己責任」となり、信託をから「個人契約」の関係で何事も進めようとする、そういう社会関係の中で公衆衛生を展開することになり、格差等の問題に公衆衛生として、公衆衛生看護としてどのように対応するかが問われる状況になってきていると思います。

こういった社会関係や社会構造の変化が公衆衛生看護へ影響することとして、地域全体を見ていこうとする地区を受け持つこと、地域に居ることで潜在的な健康問題を把握すること、どこに格差を持った、あるいは弱者と言われる人がいるかを捉えられるという活動方法が展開されにくくなり、業務分担としてその部署が所掌する事業を担うという活動形態が優先するようになってきていると思います。業務担当となる

と、その狙いは地域全体の健康の向上から業務を円滑に実施し、事業の目標を達成することになり易くなると思います。

もう一方で行政においては実務部分を民間に委託すること推奨され、企画部分を担うことが公的な機関の役割とされ、企画立案、新しい制度、あるいは事業を組み立てる事に価値が置かれ、数値目標を設定し、効率的に目標値に到達したかの効果が求められる、行政も競争原理が働く社会になってきています。

社会の問題の貧困に話を戻しますと、地域社会の繋がりが薄くなってきている中で、貧困者あるいは健康に問題を持つ者の孤立が増大しているが、こういった人々を把握できない保健師になってきている、そして一方で保健師同士でも繋がりを薄くしてきている。こういった状況にあると思います。

一方、今日的な貧困の問題なりを日常業務を通して保健婦はどういうふう把握できているだろうかという事をほんの何人かの保健師さんに聞いたところですけども、いろいろ今医療費の申請時に所得証明を持ってきて、その所得証明を見てこんな額でよく暮らしているなどと思う人たちもいると、でもいるとわかるけど、それでどう動けるかというとなかなか健康領域においてはむずかしさがある。それから乳児検診も父親も多く付いてくるようになった、よく聞いてみたら失業中だからというような事もあって、そういう形でお父さんたちが来たのかというところでどうも終わりになる。または母子健康手帳を持たないところでもう出産を迎えたみたいで、ですからそれまでの間受診があったのかどうかも分からないようなそういうケースに出くわす。どうもやはり問題が起きてきていると言われながらもなかなか掴みきれなさがあると思います。

このような社会構造の変化が起きている時、公衆衛生を担う保健師が担保すべき事、保健師としてこうありたいという事の根幹は、生活者全体を捉えることだと思います。そのためには地域なり、あるいは自分が所属している集団も含め個人、家族も鳥瞰できる、俯瞰できるという

視点を担保することです。個人あるいは集団、地域は今何が必要か、常に考えていける複眼的な姿勢を持てるという事が公衆衛生の一端担うという者の必要不可欠な視点とと思っています。

それからもう一つは今保健師がほんとに忙しくなって隣の係が行っている事もよくわからない、つまり住民だけではなく公衆衛生従事者も他者が行ってる事に関心が寄せられない、自分も困っているけど隣の人も困っているかもしれない、解決しなければいけないことは何なのかを知って一緒に関わるということができない。もちろん日常業務を通して捉えた地域の状況を共感しながら共有することができない。この共感をもって共有できるつながりを取戻すことが根幹の課題と思います。そして、共有した事を同僚や住民ももちろん含めて顔の見えるところで話し合い、やり取りする機会を持つという事、そういう中で問題の本質を捉えることだと思います。このやりとり、あるいは本質を掴むという事は自分だけではやり辛い事で、やはり話し合う、討議する、そのプロセスから掴めるのだと思います。同様に解決策についても人とのやり取りの中で合意形成を図って、地域にある資源を統合してどのように解決するか組み立てていく。公衆衛生に求められる分析力と同時に統合力をこのプロセスで発揮し培うことが重要と思います。もちろん地域に不足する資源を開発していくこともあります。

公衆衛生を担う保健師が担保すべきこと

地域、組織(集団)そして個人・家族を鳥瞰する視点、複眼的な視点を保つ。

人々(住民も公衆衛生従事者)が他者に関心を寄せ、困っていること、解決すべきことを知り、かかわる。

公衆衛生を担う保健師が担保すべきこと

- ・日常業務を通して把握した地域特性、地域の健康課題を他者と共感して共有する。
- ・同僚や住民と話し合うことで、問題を分析し、問題の本質をつかむ。
- ・解決策についても合意形成を図り、地域資源を統合し、組み立てる。
- ・地域に不足する資源を開発する。

視点を変えて保健師に着目した時に、特に今の新任期の保健師に必要という力量に着目すると、一つには住民あるいは一緒に公衆衛生を担おうという関係者ときっちり向かい合える力、率直で対等な関係が築けることとおもいます。職場で率直にものが言い合える関係が築ける力量、あるいは訪問先で家族と本音で話し合える、率直に話しあえる基本的な力量を担保することだと思います。また、人々が暮らす生活の場において住民が語る事が聴ける力、そしてまた聞くだけではなくて公衆衛生従事者として見えてきた地域の有り様から、こういうふうにあったほうがいいのではないかというあるべき姿を提言できる力、最後に欲を言うならば、公衆活動においては、私個人であることと保健師という専門職であることとを融合させて地域の一員として協働するには、私個人という青色と保健師という黄色の絵の具が混ざると緑になるようにその両者を融合させて協働する力が求められるのではないかと思います。

こういった力量の問題だけでなく、保健活動の活動形態としても担保されなければならないことがあると思います。ひとつは生活を捉えて地域全体を俯瞰できるという事のために生活の場に出向くという事が基本的活動としてある事を再認識し、また他にも伝えなければいけないと思います。もう一つは求めがなくても気がかりな住民があればその方を見守り、生活状態を把握し、必要な時に関わる事と、特に地域で孤立し制度やサービスの利用のない人にどういったら出会い易くなるかという仕組みをもっと真

剣に考えなくてはいけないのではないかと思います。それは対等でオープンな関係でいられる場をどれだけ多く地域に作っていきけるか、そしてネットワークを作っていきけるかという事にあると思います。

もう一つの課題は組織形態です。保健師がどういう組織の中でどういう活動形態が保証されるかが大きいことが分かってきています。やはり市町村であれば地区担当、都道府県保健所であれば市町村担当のような形が確立され、地域へ出向ける組織とすることと思います。

最後の課題は、さまざまな情報を縦横に繋いで共有できる機会と場をどれだけ確保するかと思います。そして組織風土として、保健師は事業の担い手だけではなく、担う事もあるが、基本は地域の守り手であり地域を変えていく者だという事を自らも認識し、認識されるようにするという事が重要だと思います。

そして最後は職員も住民も他者に関心を寄せて困っている事、解決すべき事が何なのかを知り関わろうとするそういった「公共心」がどれだけ醸成されるか、これも基礎の教育、あるいは人材育成の中で重要視されるべきことだと思います。

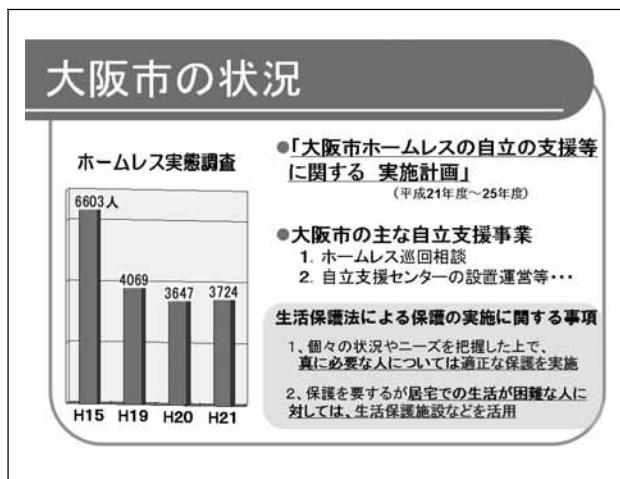
最後に私の好きな言葉ですが、公衆衛生はみんなは一人のために、一人はみんなのためになされ、そして公衆衛生はすべての人々を絶対排除しない。保健師はここに根っこを持つ者でありたいと思います。どうもご静聴ありがとうございました。

「大阪市西成区あいりん地域における単身高齢者への支援の取り組み」

岸本ゆき江

(大阪市西成区保健福祉センター、保健主幹)

私からは現場からの活動報告ということで西成区のあいりん地域で単身高齢者に焦点を当てた取り組みについて報告します。



まず大阪市の状態です。格差の象徴とも言えるホームレスの実態調査です。大阪市のホームレス対策の専門部署が取りまとめている数字です。平成15年には6603人。順調に減少していたのが、最近の景気悪化の影響を受けて少し増加傾向に転じ、平成21年1月には3742人となっています。、大阪市の自立支援事業としては、ホームレスの巡回相談や自立支援センターの設置、職業訓練等多くの項目がありますが、真に必要な人に対しては適正な生活保護を実施するとされています。最近では病院退院者や施設退所者への敷金支給や野宿生活・簡易宿所生活か



ら直接敷金支給を行なうという運用が始まりましたので、ホームレスから居宅生活へ移行する条件が整い、生活保護の受給者が増えてきているという状況です。

西成区には全国最大規模の日雇い労働市場（寄せ場）があり、歴史的にあいりん地域とその周辺において不安定な日雇い労働等に従事する労働者が多数生活しています。景気の変動による仕事の減少や建設業における機械化の進展による仕事の減少等から不安定な生活を強いられている方が多く住んでおり高齢化も進んでいます。

このスライドは大阪市西成区の地域概況を示したものです。大阪市の中心部から南側に位置し人口 13 万人、出生数は 630 人、出生率は 4.7（大阪市 8.7）大阪市 24 区ございですが、最も低い出生率です。高齢化率は 29 パーセントを越えているという状況で単身で高齢者が多い町です。結核新登録者は平成 19 年が 205 人で、罹患率も突出しています。精神障害者の保健福祉手帳の所持者は大阪市内全域で 1 万 5 千人ですがその内 1500 人が西成区在住です。

単身高齢者への取り組みの背景には、このように区内での生活保護の受給者割合が高いこと、また高齢者割合も高く、平成 18 年の被保護者への調査からも通院率が高いとか健康指標が悪いという状況がございました。また大阪市では H 20 年度から各区の地域特性を踏まえた独自の健康づくり事業に重点予算配分が行なわれるようになり、西成区では単身高齢者を地域ぐるみで支援していくための「草の根健康づくり事業」をスタートさせました。

あいりん地域には日雇い労働者をうけいれる簡易宿所がたくさんあったのですが、景気が悪化するにつれて簡易宿所を転用したアパートがたくさん出きました。あいりん地域のアパートは家賃が安い事や入居に際しての保証人が不要という所も多く、他の地域と比べると住宅取得に関するハードルが非常に低い町であるという事は言えます。その中でも入居者の生活支援やサポートをやってくださるアパート（サポーターハウス）があり、その職員ですとか管理人、

オーナーに協力を得ながら一緒に単身高齢者の健康づくりをやってみようという事です。



事業内容はまず、入居者の特性を明らかにするための実態調査を行ない、次にアパート管理者等の中から入居高齢者の身近な相談者・支援者を育成する。これらのアプローチによって高齢者自らが健康に関心を持ち健診を受けるきっかけ作りをする、という目標で始めました。七ヶ所のサポーターハウスに入居して生活保護を受けている 40 歳以上の単身者を無作為抽出し、183 人から調査協力が得られました。数日間にわたり保健師が対象者一人につき 30 分位面談し現状や困り事といった聞き取りを行いました。調査にあたってはアパートのオーナーやスタッフに日程の調整や呼びかけ等の協力を得て行いました。

以下は実態調査の結果です。

97.8 パーセントが男性です。女性は 4 人いましたが単身者ではなく同居者という状態でした。ほとんどが 65 歳以上で平均年齢は 70 歳でした。最高齢は 93 歳男性で普段は一個の弁当を 2~3 回に分けて食べ、酒もタバコもやらない、週に一回はデイサービスに行くという生活です。40 歳代は一人だけで薬物依存後遺症で生活保護を受給している方でした。

16 項目にわたり調査をしたわけですが、大阪市の他のデータと比較したところ、予想に反して、健康状態が悪いということが顕著ではありませんでした。閉じこもり老人もいなかったし、三食食べているし、睡眠充足度も高い結果となり、飲酒頻度も他の地域と比べたら低い位です。

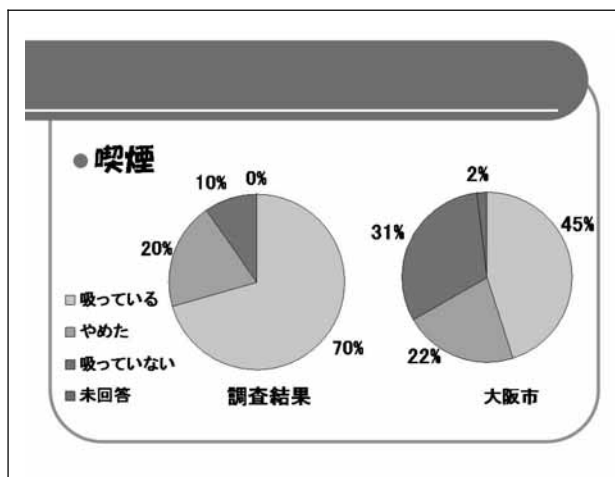
お金があれば飲んでしまう、使ってしまうという人にはオーナーやスタッフが金銭管理をしているところもあるためこういう結果になっていると思います。タバコだけが他の地域データと差が出たところで、喫煙率が高く止める気もないという方が多い状況でした。

この実態調査とは別に健康診査データの比較もしてみましたが、やはり突出して悪いというところはなく、喫煙率と血圧値に少し差が出た位でした。生活保護を受けて住居が確保され、健康に不安を感じた時は施設のスタッフに相談するという入居者が多かったことから、何らかのサポートを受けながら生活を維持している姿が浮かび上がってきました。

健康実態調査から明らかになった問題については、各アパートに出向きサポーターと協力しながら健康講座や健康相談を 11 施設で 13 回実施しました。合計 200 名以上の参加がありました。また、サポーターハウスの管理者や職員・オーナーを対象に「アクティブヘルスサポーター養成講座」を開設しました。区内の健康指標、結核やアルコールについての基礎的な知識を学んでいただく講座を 2 開設し、合計 33 名のサポーターが誕生しました。

事業 2 年目の今年は昨年誕生した 33 名のサポーターに「スキルアップ研修」を受講してもらう事と、未実施のアパートについてはサポーター養成講座を案内し新たなサポーター養成を目指します。今後はこの調査結果や保健活動をあいらん地域の NPO など関係団体や生活保護のワーカーなど様々な職種や職員に還元しながら、保健師だけではできない生活支援のネットワーク作りをしっかりとって地域に保健師の存在をアピールし、何かあれば早めに保健師に繋いでもらう事で疾病や障害の早期発見に努めていきたいと考えています。

ご清聴ありがとうございました。



健康講座・健康相談

対象：居住する単身高齢者等
従事者：保健師とアクティブヘルスサポーター

健康講座：90人参加
・日常生活の健康管理について
・食生活と健康維持
・血圧は健康のバロメーター

11施設で13回実施

健康相談：123人参加

今後の方向性

- 33名のサポーターに対し、スキルアップ講座を開設
- 未実施の易宿泊所転用アパートについても新たにサポーター養成講座を実施

↓

継続支援へ

「これからの保健活動と保健師への期待、地域保健対策の基本指針改定を目指し考える」 澁谷いづみ（愛知県半田保健所長）

全国保健所長会ですが、この4月現在510の保健所から成っております。公衆衛生行政に様々な提言や要望を表明してきました。その中で今年3月地域保健対策の推進に関する基本的な指針の見直しの提言をしました。今回提言に至った背景と議論を重ねる中で浮かび上がってきた目指すべき地域保健活動の将来像を伝えながら、共に活動する保健師の皆さんに保健所長会からエールを送りたいと思います。

まず、公衆衛生、地域保健を取り巻く環境の変化を四点ほどにまとめました。

既に平成13年には厚生労働省健康危機管理基本指針の中で健康危機管理の定義が示されていますが、平成17年度に地域保健対策検討会中間報告が出され、この中で保健所の危機管理の役割がクローズアップされてきました。また医療制度も大きくしくみを変えました。四点のまず一つ目、健康危機管理の拠点としての保健所の役割は増大しているという事ですが、新型インフルエンザ、院内感染あるいは食品安全など社会的な影響が大きく、担当や監視員だけの問題ではなくなってきました。新型インフルエンザは保健所を挙げて対応しているところが今回ほとんどではなかったかと思えます。これまでは担当だけが対応すれば事足りたような健康危機管理が、省庁をまたがり職種を越え保健所が総がかりで対応するというような事が必要になってきています。このような事例が多くなってくるのではないのでしょうか。

二つ目の医療制度改革と生活習慣病予防の対策ですが、保健所はこの数年で医療政策に関わる事が明らかに増加してきています。医療計画の策定、療養病床の縮小再編、あるいは医療機能情報の提供、脳卒中など疾病ごとの医療からリハビリ、介護までの連続した医療福祉システムの構築等が着実に進んできています。

生活習慣病予防も地域職域保健の連携なくしては地域の全体像が見えにくくなってきてい

ます。特定健診、特定保健指導といった新機軸にはハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの一体的な推進が欠かせないものとなってきています。地域の全体像を見る事が必要だという事です。

そして三つ目ですが、保健福祉政策での保健所の役割の強化です。まだこの部分は少し保健所は弱い部分があるように思います。例えば精神障害者の地域移行と自立就労支援等一つ取り上げてみましても、市町村ともしっかりと協働しなければ精神医療を地域の福祉や生活に繋ぐ事ができないという課題があります。

四つ目ですが、行政組織の変化や多様化、これは保健所にとっても市町村の行政組織と保健師の動向というのは地域保健活動に非常に大きな関係があります。市町村合併や分散配置、これはメリットもデメリットもあると思いますが、保健所と福祉事務所の統合やあるいは再び単独設置への回帰が起こっています。愛知県も県事務所から保健所は元の独立した地方機関にまた戻っています。一方市型の保健所は、業務範囲が様々なバリエーションがあり、必ずしも一元的に保健所が地域保健業務を行っているわけではありません。市の組織の中でも連携する事に課題を抱えている自治体もあるかと思えます。今、世界的な金融危機、格差社会の閉塞感を背景にして不透明で変化の速い時代だというふうに思います。こういう時には予測し行動する能力、これがやはり公衆衛生には求められると思います。

公衆衛生・地域保健を取り巻く環境の変化

- 健康危機管理の拠点としての保健所の役割の増大
- 医療制度改革と生活習慣病予防対策
- 保健福祉政策に於いて保健所の役割強化の必要性
- 行政組織体制の変容と多様化

今お話しした四つの背景、この事が保健所や

地域保健の推進にどのように関わってくるかという事ですが、保健所機能の強化と地域保健対策の推進に関する基本的な見直しの視点について、これで六項目の提言を所長会としていたしました。

まず一点目は国民の視点で将来ビジョンを示してほしいという事です。地域保健法とその基本指針は保健所と市町村との保健サービスの役割分担にウエイトが置かれていたように思います。

今後は健康危機管理と地域包括システムの構築を柱にビジョンを示してほしいと考えています。

二つ目の市町村との協同で町づくりを進めるという事ですが、保健所は健康増進計画を基本に広域的な関係者の連携調整をして健康な町づくりを推進する主体的な役割があると考えています。健康づくりは市町村だけの仕事ではありません。これにより市町村と協同して生活習慣病対策はもちろん、例えば自殺予防など広域に亘った健康な町づくり、地域づくりが推進できると考えています。圏域の考え方は二次医療圏とは限らず柔軟に考えればよいと思っています。

三番目の求めに応じてではなく、これは保健所と市町村は重層的に保健医療福祉システムを作っていく事が重要だと思っております。求めに応じてというのはその解釈が問題ではないかと考えております。市町村と協同できない、あるいはしない、そういう言い訳に使われているような気がします。

保健所機能強化と地域保健対策の推進に関する基本的な指針見直しの視点

- ① 公衆衛生を基本に国民の視点で将来ビジョンを提示
- ② 市町村と連携協働した健康なまちづくりの推進
- ③ 求めに応じてではなく、市町村と保健所が重層的に、圏域・市町村単位の予防から治療、地域ケアまでの総合的な保健医療福祉システムの構築

四番目ですが、住民とサービス提供者の間で

保健所は安心、安全を作る役割があります。

医療安全、食品衛生等積極的に住民の参加と協同による安心安全づくりをする役割を保健所が担い、リスクコミュニケーションをその重要な役割として考えたいと思います。保健所は地域のあるべき姿を語りあえる場だと思えます。健康危機管理の様々な問題のリスクコミュニケーションを担うとすれば、それに向けた人材の育成は重要になってきます。

五番目の健康危機管理は明記されてはいますが、例えば今回の新型インフルエンザの対応でも市型保健所も増え、県型と市型保健所の広域の連携を円滑に図る事が必要だと強く感じました。

また保健所の所管区域が広域化したり、あるいは支所化してしまった保健所では健康危機管理の連携の実行性が懸念されますし、関係機関との日常からの顔の見える関係づくりが重要な事を強調しておきたいと思えます。

六つ目の組織や人材についてですが、市町村合併などによる関連の計画や保健事業の変更があったり、混乱があったり、あるいは介護保険との市町村内部での連携が課題となっていることがあります。保健所は中立的な立場でそれらの調整役ができることやあるいはそのような横断的な調整の仕組みを検討するという事を提言しています。役所の中でも分散配置で仕事をしている保健師が孤立しないようにするだけでも大変意味があると思っております。

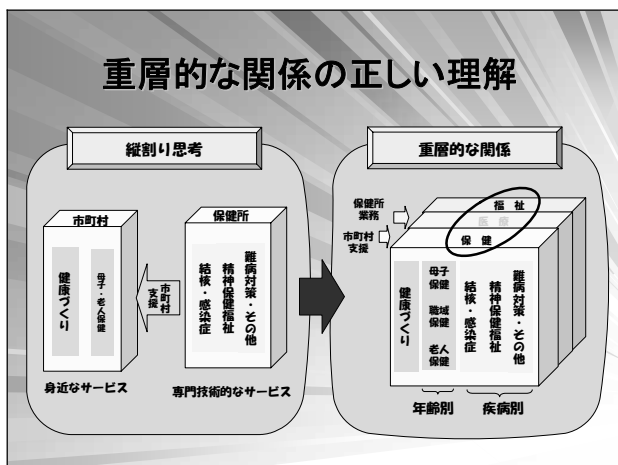
また保健師同士の県型と市型の保健所の連携、情報交換などを求めています。人材の確保や育成は確かに直ちにはできませんが、保健所は市町村と連携して両者が補いあって体系的な職員研修を進める事を提言しています。その上に活躍の場を確保する、そういう事も人材育成には大切で、人の育成というのはそれぞれ物事の基盤となるものですから、人材育成を疎かにするというのはすなわち公衆衛生の基盤を損なうことに繋がっていくと大変危惧をしております。

保健所機能強化と地域保健対策の推進に関する基本的な指針見直しの視点

- ④住民(消費者)とサービス提供者の間で安全安心をつくる役割、リスクコミュニケーション
- ⑤健康危機管理の拠点としての一層の機能強化
- ⑥市町村と保健所の組織体制の急激な変化への対応、公衆衛生の専門性を担う人材不足への対応

もう一つ保健師の専門性について誤った捉え方と活動になっていないかを確認してみることが要るのではないかと思います。専門性と地域を捉えることを相対する概念で考えていたり、地区分担と業務分担といった狭い概念で捉えていないでしょうか。保健師以外の職種には正しく理解されているのでしょうか。これも繰り返し理解を求める対応が必要なのかも知れません。また何年も同じ担当の業務に専念していたとしても公衆衛生の動きや地域保健の全体が見えていないと、果たしてそれは専門と呼べるのでしょうか。私は専門性というのは幅広い視野が要求されていることだと思います。

そこで市町村と保健所の重層的に仕事をするための図を全国保健所長会でこの提言の時に作ってみました。



図の左の縦割り思考では精神、難病、感染症が専門的で保健所業務であって、老人や母子、栄養改善が身近な市町村業務であって、そしてその部分の支援をするというものです。これは

公衆衛生活動や地域保健活動ではなく保健サービスに矮小化した考え方で、疾病別、年齢別の縦割りになっており住み分けをしてしまう、そういう誤解を生んでおります。

一方右の重層的な関係の図では疾病や年齢で市町村と住み分けをするのではなく、そこに暮らす人のライフサイクルを通じて一貫した保健医療福祉のサービスを提供することが重要だと考えています。そしてその仕組み作りを運営していくことが必要で、そのための市町村支援であり連携なのだというふうに考えています。活発に活動している市町村ほど保健所に相談や要望があり、また新しい事業を試みようとする協同して大変やり易いと経験的にも感じています。従って、「求めに応じて」は、求められるまで何もしないというのではなく、絶えず情報を市町村と共有し、そして御用聞きをする、営業することが大事です。営業は売り込みの時だけに回るのでなく、何かあったら声をかけ易いようにコミュニケーションを普段からとっておくことが必要ではないかと思います。

公衆衛生活動に必要なものという事で五点左右まとめました。これは私がこの頃こういうところが危ういのではないかと感じてまとめたものです。

公衆衛生活動に必要なもの

- ビジョンはあるか
- 評価のデザインを持っているか
- ディスカッションするプロセスを重視しているか
- 地域を家族を人を見ず、保健事業、疾病だけを見ていないか
- ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを一体的に推進しているか

まず、最初のビジョンを持って仕事をしているのでしょうか。先日私どもの保健所でも管内の市町、保健所の採用3年目までの新人を対象に研修を行いました。職種はさまざまですが、「職場やその仕事が自分に合っていないのではないかと感じていたが、それはビジョンを持ってい

なかったからだ、と気づいた」との発言が新人からありました。国、自治体、そこに働く人、保健事業、いずれにもビジョンが必要だと思っています。こういったものが明確に出ないと私たちはなかなか働きづらと思います。特に新人の育成にはビジョンを形にしていくプロセス、そういった基本を体系的に習得させていく環境を作ることが私たち先輩の役割ではないかと思っています。

保健事業は何のためにそれを行うのか、目的が明確に共有されている事が重要です。手段と目的を取り違えていないか、時折確認する事が必要になってくると思います。

二つ目の評価ですが、評価のデザインをいつも思い浮かべて仕事をしているでしょうか、行き当たりばったりや、やりっぱなしにしているでしょうか、ということです。また何故そうなったのかというプロセスの評価を重視して、結果のよし悪しだけを問うのではないということをもう一度確認をしたいと思っています。評価は何故するかと言えば次に活かすためです。特にハイリスクアプローチをした結果は地域のポピュレーションアプローチに活かすことを常に考えておく、一体的に推進することが重要です。保健師には特にこの部分の活躍が期待できると思います。市町村を越えて、職域も含め情報を評価することが求められていると思います。

ディスカッションの重要性やその機会を作るようにしているか、ということですが、これは職種の違い、組織の上下関係ではなく議論できる環境が重要です。特に危機管理は、重大と思わないような些細な出来事でも重大な状況の発端となる場合があります。日頃からコミュニケーションができる職場の環境づくりが重要かと思っています。

地域が見えず、そこで働いている人たち、家族、人を見ないで保健事業や疾病だけを見た仕事の仕方をしていないかということです。地域や家族という単位が見えていないというのは、やはり反省すべき事と思っています。保健所と市町村の役割分担にこだわり過ぎているのが一因ではないかと思ったりもします。子供も大人

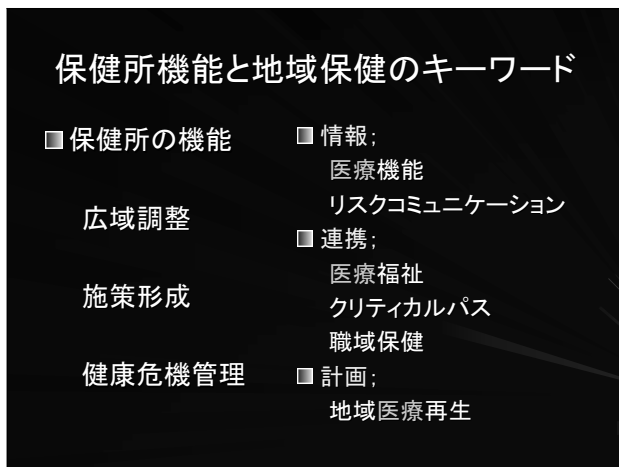
も人を社会的な存在としてその背景とか人権、あるいは家族共々に包括的に捉えられているか、ということが重視されていくべきだと思います。日常から広く施策を捉えて、保健や医療だけでなく経済や教育や文化など様々な分野に視野を広く求めて、町づくりの視点で地域を見てシステム構築していく、すなわち生活の場に施策を再現していく、それが大変重要で、現場に行く、つまり手段としては家庭訪問ですが、そういうものは基本的で重要なことだと考えています。

公衆衛生は生活者の視点で考え行動することが重要で、その事実を現場で先輩たちは大切に伝えていくべきだと思っています。同じ地域のデータを見せても、同じ数字を見ても評価が異なる反応を示すということがあります。これは地域をどれだけ理解しているかでその数字の解釈が違うことがよくあるからです。地域に目を向けるというのは、その市町村、地域に眠っている情報を掘り起こすとか、あるいは保健所は市町村の外から役場の中の連携や情報交流を促すとか、ただ市町村の統計データがわかっているというのではなく、市町村の動きを掴むということがポイントだろうと思っています。

ルーティン業務や保健事業の独自の工夫をしたものなど、何でもそれを当たり前と思わず、保健所は「それはいい事だ」というふうに声をかける、褒める、他のところにも知ってもらえるようにお膳立てをする、そういった地道な努力が必要だと思います。全国を回ってみますと有名になっていないところでもいい仕事をしているところは数多くあります。自分たちは大した仕事はやってないと思っけていても、全国から見ると素晴らしい事業だったりします。そういった意見交換や発表の機会を作る、その役割が保健所には必要ではないかと思っています。

ここで少し保健所の果たす機能を整理しておきます。機能としては広域に調整をする、圏域を超えてあるいは市町村を越えて。そして施策の形成、あるいは市町村の政策を支援する。それと健康危機管理です。これらの機能を果たすためのツールとして三つのキーワード、情報、連携、計画を挙げています。この中でも医療と

という言葉がたびたび出てきています。これもキーワードです。医療の視点を重視して積極的に地域保健活動に携わることが必要かと思えます。



これは実は平成 18 年の時に糖尿病の予防から治療に関わる社会資源のガイドブックを作った連携と情報の例です。

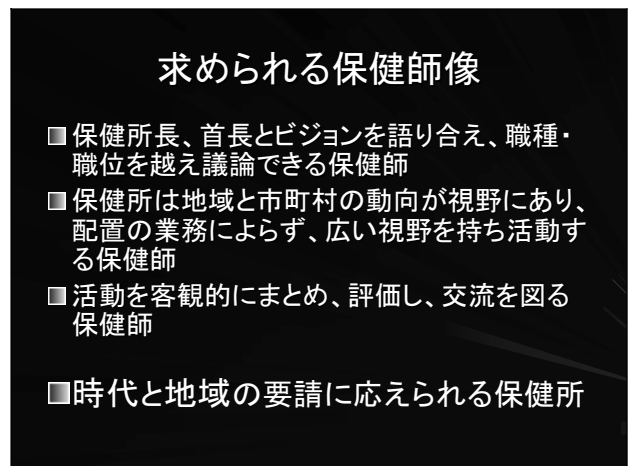


半田保健所の例ですが、今ならここに例えば訪問看護ステーションといえるようなものも入るのでしょけれど、医療の関わりでは薬局も入りますし、診療所も入る、職域の関係では商工会議所とかそういったところも連携の対象になると思えます。

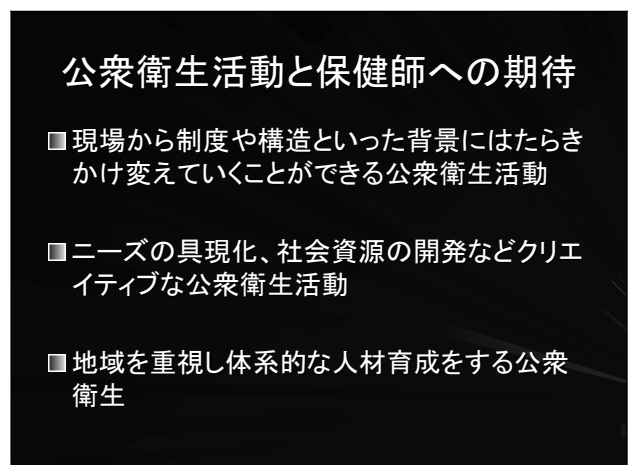
まとめに入りますが、求められる保健師像、私はこういう保健師さんと一緒に仕事がしたいと思う、求められる保健師像を三つ挙げております。保健所長、首長とビジョンが語りあえる、これは職位を越えて議論できる、こういう保健師が増えてくると公衆衛生活動の水準を支え向上させることに繋がってくると思えます。それから地域と市町村の動向が視野にあって活動す

る保健師、これが行政に対する幅広い視野、保健所はやはり管内市町村の保健師の動向にも気を配ってほしいというふうに思っています。幅広いという事で考えますと、やはり保健師は住民に対しては生活者の視点があり活動できる、対行政機関や関係機関には幅広い行政の知識と視野を持っている、そういった対応ができることが重要ではないかと思っております。

それから活動を客観的にまとめて評価して交流ができる保健師ですが、これは研究的な視点でまとめて今回のような学会とか会議等で発表する、それを機会にして様々な次の交流が生まれます。保健所の保健師が例えば市町村、あるいは関係機関と共同で研究をしてもいいし、またネットワークを作るのは、全く別の分野の仲間もつくれば、学際的な活動である公衆衛生活動には最適だと考えています。



以上の三点の保健師像を挙げてみましたが、そういった保健所は何を目指しているかという、時代と地域の要請に答えられる保健所とい



う事になると思います。時代の要請は医療政策と健康危機管理の視点を持つ保健所です。そして地域を見て活動することの基本を忘れないようにしたいと思います。

これで最後になりますが、公衆衛生活動と保健師さんへの期待を込めて提案をしたいと思います。現場から変えていく原動力になることが必要だと思います。現場の保健師が感じているどうにもならない問題、あるいは健康格差社会の中で各分野に亘り元から横断的な対応が要求されるような健康の問題、例えば自殺対策とか、そういったところには是非手腕を発揮してほしいと思います。また今回の新型インフルエンザ、現場の保健師さん達はどんな動きをしたのでしょうか。動ける情報が的確に届いたのでしょうか。検証してみる必要があるかも知れません。

そしてニーズを具現化できる事を示して見せることです。我々の仕事は大変クリエイティブな仕事です。見せることは非常に大事なことで最近思います。ニーズを形にして住民や関係者に見せる、そしてその具体的な施策や保健事業に組み立てられる人材を育てる、こういうことが必要だろうと思います。公衆衛生には二つのそうぞうりょくが必要で、クリエイティブと、もう一つは予測する力です。予測というのはさまざまなデータや情報の上に成り立つ可能性のことですから、やはり計画的に環境整備をしていかないとそういう人材は育たないだろうと思います。地域が人を育てていくということですが、職場での人材育成は体系的に行われなければ効果が上がりにくいと思います。都道府県ごと、あるいは市町村も含めた保健師の人材育成やキャリアパスの考え方を示すことが必要ではないかと思います。

広い視野で多様で高度な公衆衛生活動を展開していくためには、それに答えられる人材づくりが公衆衛生の重要な基盤となります。本学会の進めようとしております公衆衛生の専門職制度なども活用し、時代のニーズにあった育成ができればと思います。

「保健師の質を保証する教育のあり方」

佐伯和子(北海道大学大学院保健学科教授)

私の話は主に、1.保健師教育の課題とキャリアラダー について、2.保健師養成の課題と展望、3.新任期の教育 について、その現状と卒後臨地研修の制度化に向けて、最後に継続教育について、の四点です。

1. 保健師教育の課題とキャリアラダーについて

最初に保健師の教育の課題としては、保健師のキャリア発達の背景として、社会が常に変化し、私たちは常に新しいものを求められています。ですから何時の時代にあっても現任教育というのは非常に重要です。また地域保健法以降、地方分権が進み、私たちの仕事との仕方にも大きく変化を与えています。いわゆる狭い意味の保健だけではなく、行政能力が求められています。さらに健康課題は複雑になっています。これらのことは管理者の教育、中堅者の教育、新任者の教育に大きく影響しています。

また保健師養成が大学での保健師看護師統合カリキュラムに変わり、保健師養成が大きく変化しています。これは保健師の教育、新任者の教育に大きな影響を与えています。先ほど澁谷先生がキャリアパスのお話をされましたが、これがその一例でキャリアラダーです。それぞれ自分が経験を積むにしたがって、どのような能力を求められているかというものです。この根本にあるのが、私たちが活動の理念とするところの社会的公正と人々の生活を守ることだと思っています。これはどの時代にも変わらないし、どんな活動であっても根本にあると思います。この上に何を積み重ねていくかと言うと、実践では技術的に複雑な健康課題に対応できる力、その基本として視野を拡大すること、さらに職種や経験によって増大していく責任に対応できる力を付けていくことで、これがキャリアを発達させていくことだと思っています。

2. 保健師養成の課題と展望

三つの教育について話をしていきたいと思

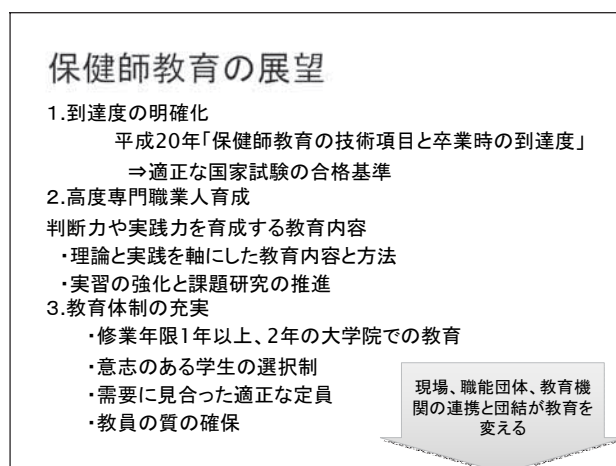
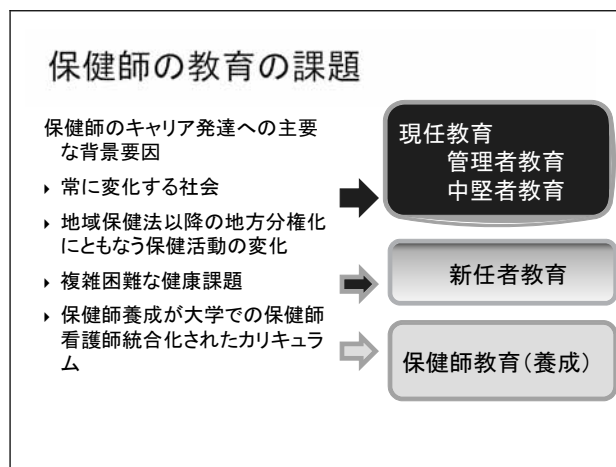
います。最初は保健師の養成の教育です。

看護系の大学が増えるにつれて保健師は需要よりもはるかに供給が多くなっています。過剰な供給状態です。そのことによって、看護系大学では保健師の免許が付録化されていると言っても過言ではありません。教育が不十分で特に実習が不十分です。そのため卒業時の到達度が不十分で、卒業生は実践力を持たないまま卒業しています。

このことは次の新任者の問題にも関わります。保健師として働かない人たちにとっては、保健師というのは狭い意味の保健指導をする人だ、という誤った保健師像が広がることに繋がっているのではないかと思います。新任者の実践力が低い現場では現任教育に関して膨大な時間を要しています。一人前になるのに3年から5年かかり、その間一人の保健師が現任教育に多くの時間を取られるという事態が起きています。新任者にとっても、自分ではできない、でも現実に向き合わなければいけない現場の課題はむずかしいということで、職場不適応を起して離職をしたり、鬱になる人が増えています。さらに学校教育と現場の乖離があります。これは、私たち教育側も埋める努力していますが、まだまだ乖離があると思っています。

こういう問題がある中で、現場と職能団体、看護協会、教育機関が連携をし、団結を図ることで教育を変えることができます。保健師関係機関団体連絡協議会がこの役割を果たしていると思います。また都道府県でも保健師長会との連携、教育機関との連携とかいろいろなことが進んでいると思います。北海道では道庁から今年の9月に各教育機関に文書が出されました。それは保健師に特化した教育をしてほしいというものです。実習を引き受けるというフィールドとしての役割と、もう一つは卒業生は就職していく先である就職先としての両方の立場から文書が出されたという理解をしています。もし興味関心のある現場の方がいらしたら北海道庁に連絡を取っていただけたらと思います。現場からも教育に対して、是非、いろんな声を出していただけたらと思います。

保健師教育の展望としては、卒業時の到達度が明確になりましたので、一つは国家試験がそのレベルに合わせてされることと、二つ目には教育の位置付けを高度専門職業人として位置付けることではないかと思います。そのためには教育体制を2年の大学院で行うという方向になればと思っています。多くの教育機関が、現在のための努力をしているところです。けれども現実はいろんなむずかしい問題があってなかなか思うようには進んでいません。ですから是非、教育機関に対して、現場から育ててほしい保健師、望む教育を具体的な形で示していただけたらと思います。



3. 新任期の教育

次に現任教育、特に新任の課題について触れたいと思います。これは全国保健師長会北海道支部が2009年にされた調査です。了解を得て使わせていただいています。新任一年目から三年目の人たちの状況を見ると、仕事の満足度は比

較的高いのですが、対人支援の自信がない状況です。でも、個別支援や対人支援に面白さを感じています。この部分から新任を伸ばしていただけたらと思います。一方、係長さん達の調査を見ますと、現任教育の必要性は高く認識しているが、困難というのが8割以上の回答です。体制の整備がされていないこともあげられています。

現任教育は、その重要性はわかっている、なかなか進んでいないのが現状だと思います。それを進展させるために体制化、制度化ということが考えられます。新人の卒後臨床研修制度の義務化に向けて、法律が今年の4月に改正され、来年の4月から施行されます。新人の看護職員の研修を受講が雇用主の努力義務となりました。それに合わせて看護課では検討会が設置され、新人の看護師研修ガイドラインの作成が進められています。では保健師はどうかというと、表立ったそういう動きは今のところありません。が、日本地域看護学会では保健師の卒後臨床研修制度の案を出しています。これはホームページからご覧になることができると思いますので、日本地域看護学会のホームページを見ていただきたいと思います。

その中で新任期の卒後研修制度の意味を二点挙げています。一点目は実践能力の育成は臨地で責任を持った実践を通して行う事であり、それがどこに就業しようと平等に保証された制度であること、ということです。私たちは実践家ですから、実践の中で、しかも責任を持った実践の中で育てられていくと思います。基礎の

教育は土台を固めるために重要ですが、現場に見合った実務者としての人材育成は現場で行うのだということを考えています。

北海道でも人材育成の取り組みとして、2006年に北海道に働く職員の現任教育マニュアルを作成されました。今回新たに北海道市町村新人保健師等現任教育検討会を立ち上げられました。都道府県で働く保健師と市町村で働く保健師に求められる能力の違いもありますが、職場環境や状況の違いが大きいと思います。規模の小さい市町村も多いので、そこでどのように育てていくかということが課題になります。

4. 継続教育

さらに継続教育についてです。継続教育の課題はいくつか挙げられると思います。

今日のテーマにありますように、時代の変化に応じてどのような能力を開発していくかということ、保健師はプライマリーヘルスケアの担当者であるので受け持ち地区における多様な健康課題に対応できる能力を持つこと、それはワンストップ対応ができるオールラウンドの保健師であることが求められます。一方で、非常に複雑な問題に対しては、スペシャリストを養成することも必要ではないかと思います。プライマリーヘルスケアを担当できるというのは、大変高い能力、幅の広い能力が必要だと思います。けれども分散配置においては、この能力を養成するのが困難な状況が起きていると思います。OJTを基盤にした職場の体制作りがなかなか進んでいません。

ここからは少し課題の質が違いますが、中堅者の課題としては、分散配置下でいかに幅の広い実践力を付けるかということと行政力をつけるかということがあります。もう一つ、女性の多い職場ですから、育児休暇中、休暇から戻ってきた後のフォローアップ体制が必要だと思います。三歳になるまで育児休暇をとったのはいいけれども、戻ってきたら浦島花子状態で、暫らく職場適応ができなかった例もたくさんあります。このことはその後のキャリア発達を考える上で重要な課題になるのではないかと思います。

新任期の卒後研修制度の意味

意義

1. 実践能力の育成は臨地で責任をもった実践を通して行う。
2. 専門職業人としての基礎的能力の育成は、就業施設に関係なく、平等に保証された人材育成体制。

目標

- 1 頻繁に関わる事例; 基本的な対人支援の実践能力を修得
- 2 実践の場において一般的な健康課題に対する保健活動の企画、実施、評価の過程を修得
- 3 保健師としてのアイデンティティの確立と、実践者としてのコンピテンシー(力量)を強化。

日本地域看護学会が提案する保健師の卒後臨床研修制度. 2009

保健師は、今までは、主に行政や企業で常勤態勢で働く人たちが殆どでした。ところが、最近では非常勤で働く保健師が増えています。この人たちの研修体制が整っていません。非常勤者の力量アップも考えていかなければいけないことだと思います。

最も大切なのが組織の統括管理者です。統括管理者を置くようにという厚生省からの指導がありますが、なかなか進んでいないのが現状だと思います。しかし複雑化する組織の中では、統括者役割が重要です。OJTがなかなか進まない要因とその改善として、「免許を持っているから一人前」という認識からいかに教育対象者として相手を捉えられるかということ、それから「現任教育は研修会で何とかしてほしい」という意識を、「自分たちが育てるんだ」と変えていくことです。

継続教育の課題

1. 時代と社会の変化に対応した能力開発
複雑困難な事例、危機管理、地域システム構築、健康課題の施策化など
2. プライマリヘルスケアと専門分化
 - ① 受け持ち地区における多様な健康課題に対応
ワンストップ対応ができるオールラウンド保健師
 - ② 感染症、虐待などスペシャリストの養成
3. OJTを基盤とした職場の教育体制づくり
4. 中堅者の教育課題
 - ① 分散配置下での幅の広い実践力と行政力
 - ② 育児休暇中、後のフォローアップ体制
5. 多様化する雇用形態
非常勤や委託企業で働く保健師の質の保証
6. 組織の統括管理者(保健師)
業務管理、人材育成と管理、組織管理

人材育成するためには環境を整える管理者の役割と、実際に教育的アプローチを行う指導者の役割、この二つがとても重要です。これは富山県の例です。研修会を進めるのに多くの場合県が事務局を担当しますが、「支援検討会」を作ってサポーターという人たちを置いています。サポーターが研修会の企画や運営・評価を行い、最近ではミニ講義もしています。参加者全員が主体的にこの研修会を作り、研修を受ける人たちは職場に帰ってOJTを行います。このOJTに際しての助言もサポーターたちが行うという体制で実施しています。重要なことは、実践を通して後輩を育てるんだということと、県単位の人材育成システムを構築するということだと思

います。研修会が単発に終わらないで、継続的な教育推進力となり、支援検討会のメンバーを中心に、現任教育の育成が組織化され始めています。実際に実践を通して、いろんな力量は上がっています。しかし、なかなかむずかしいのが職場の現任教育計画の作成です。対一人の人を見ろという力については、職場全体の力というのはなかなかむずかしい状況です。組織的対応を進めていくためには統括管理者、もしくは管理者の方のかかわり方が重要ではないかと思えます。

人材育成の職場体制の整備については今まで述べてきましたが、統括管理者を置いてその下で推進体制を作ること、人材育成担当者を置くこととその支援体制を作ること、人事管理と合わせて人材育成をしていくこと、人材育成していくことを職場で共有するためにはそのためにマニュアルやプログラムを作成することです。研修会とOJTを必ず連動させること、特に企画する方たちも同様です。例えば研修会を受けて、この研修会の後フォローアップされるのですかと聞くと、えっと言われることがあります。一回の研修会だけでそんなに能力はつくとは思えません。研修会での学習を職場でどう活かしていくかは、職場の協力があって生きてくると思います。病院では一機関に何百人という看護師が働いていますが、保健師は県単位で計算できるくらいの数です。ですから、現任教育も保健所単位もしくは都道府県単位で行うことが効果的ではないかと思えます。特に都道府県庁の役割としては、管理者の育成、県の現任教育の推

人材育成の職場体制の整備

1. 総括保健師の下での人材育成の推進体制づくり
 - ① 人材育成担当者の配置とその支援体制
 - ② 人事管理(配属、異動、昇任)と人材育成を関連
2. 人材育成の取り組みへの認識と方針の共有
職場の教育マニュアルやプログラムの作成
3. 職場内での人材育成方法の実践
 - ① 研修会(Off-JT)と連動させたOJT
 - ② 教育的な職場環境づくり(事例検討、記録の指導など)
4. 教育的な評価体制
人を伸ばす建設的な評価、総括者としての総合的な評価

進体制を作ること、その中でも保健所の人材育成能力を強化していくことが重要ではないかと思えます。そのバックアップとして大学等と一緒に活動できるのではないかと考えています。

広域的総合的な人材育成体制の整備

1. 都道府県本庁の役割
 - ・人材育成における全県(ブロック)体制
 - ・管理者育成
2. 保健所の人材育成力の強化
 - ・保健所は管内の人材育成の要
 - ・管内の保健師の実践力の把握と課題の整理
 - ・研究会の企画と評価
 - ・人材育成研修会の運営、講師の実施、フォロー
 - ・日常的な市町村支援と人材育成の連結
3. 大学等の教育機関との連携体制の構築

6

まとめ

保健師の質を保障するための教育に向けて

1. 保健師を高度専門職業人の位置づけ、大学院修士課程で養成する
2. 新任者の卒後研修を制度化し、雇用主の義務とする
3. 変化の激しい時代においては、常に自己の成長と変革が求められる
4. 体制整備のためには、県単位での取り組み、サポート体制を整備
5. 職場では市町村の統括保健師の役割が重要
6. 自分たちで育つ、育てるという認識と行動化

5. まとめ

まとめです。保健師の質を保証するための教育については、一点目として保健師を高度専門職業人の位置付けと考え、大学院の修士課程で養成することを進めることです。二点目、新任者の卒後研修を制度化し雇用主の義務とする方向で今後検討されるように、働きかけをする必要があるのではないかと考えています。三点目、変化の激しい時代では常に自己の成長と変革が求められます。誰かが育ててくれるのではなく、自分で時代に合わせていくことが必要です。それは日常の仕事の中で育っていくということになると思います。四点目、現任教育の体制整備のためには県単位での取り組みやサポート体制を整備することです。五点目、職場では市町村の統括保健師の役割が非常に重要になると思います。最後に、保健師職は公務員が多いので、国や上からの指示を受身で待っていようという姿勢になりがちです。けれども誰かが主張したり、発言しない限り、制度ができるわけではありません。私たちが自分たちで育つ、育てるという認識を持って、かつ行動化することが重要なのではないかと考えています。以上です。ご静聴ありがとうございました。

質 疑

発言者 1

保健師は大学で予測方法を教育しているのか、それから国家試験で予測の能力は問われた事があるのですか

佐伯

予測をするために基本的な知識を持つことを試験するというのが今の国家試験だと思います。

平野

予測能力が保健師の資質の根幹にある重要なものとするならば、国家試験の問題を作ることは必要です。そしてその能力が専門性であることを示していけないといけない。

村嶋

保健師の基礎的な支持科目として疫学保健統計がある。疫学は因果推論をやるので、疫学をきちんと教えて、それを使う事ができるようにするのは保健師の中でひじょうに大事です。疫学を活用する能力を問う設問が保健師の国家試験に求められます。しかし、全国保健師教育機関協議会が修正イーベル法を用いて、今年の実験問題の難易度について受験生 162 名に判断してもらいますと、やさしすぎると判定された問題が 16 パーセントもありました。今の保健師国家試験のレベルを問題にしていかなければいけないと思います。

因果推論をやっていくためには学部教育ではむずかしく、修士が必要だと佐伯先生がおっしゃいましたが、修士課程ではサブストラクション（コンセプトの関係性が変数間関係性になり、それがデータの関係性になる、逆にデータの関係性をみる事によって変数間の関連性を考え、それから概念の関係性を見て行く。）をきっちりやるので学生の推論能力も鍛えられる。そこに、保健師教育が修士課程にする必要があると考えます。

保健師の国家試験に関してはひじょうに問

題が多いです。状況をたくさん与え、その中で総合的な判断を問うようにしなければいけないだろうと個人的には考えております。

発言者 2

保健師の育つ過程で三人位子供を産んで六年位育休を取る。(一人に対する育休時間は二年位なんですが、次また産休に入るといった感じで、) 六年位経ってきたら、主査、係長位になってしまうという、問題があります。そうすると結婚をせずに仕事をしている方にとってみたらやり切れない、そういう問題が出ているのが現状です。それで、やはり統括者の能力が問われる。その方がぐらつくと私たちがぐらつく。いかに自分のいきがいを持って、やりがいある保健師活動ができるのか、公衆衛生学の新しい課題に立ち向かう力を持って、職場の中でやっていくのをどうしていくかを考えさせられるのが現状です。

岸本

大阪市は保健師総数で 370 名おり、大所帯です。他職種の採用が減らされる中でも保健師だけは必要な枠を確保していただいている、毎年新人がたくさん入ってきます。先ほど言われた状況はどこもあるかとは思いますが、若い世代が多いと産休育休は当たり前ですし、比較的寛容に受け入れてやっていると思います。子育ても保健師のキャリアの一つという捉え方をしてもいいのでは。大阪市では卒後研修制度として新任期、中堅期の時期ごとに研修カリキュラムを整備しており、そういったシステム作りが必要です。現場での育成・教育は現場統括者の責任と考えます。

産休育休はやはりお互いに思いやりながらコミュニケーションを取り、基本的なところを統括者も新人もしっかりと踏まえていけば乗り越えられるのではないかと考えております。

瀬川

今、育児休暇がたくさん取れるようになり、何年ブランクがあっても職場に復帰すると全く

井の中の蛙になり、かつその保健師がある程度中堅、リーダー的立場になっているのはどこの職場でも聞くとこです。同じ職員の中から不満が出てくることもあるのが現実だと思います。しかし、誰しもが通る道であり、今、出産、子育てしている保健師は、住民の立場、母親という立場でそこで自分で何かを考え、住民の立場で物が見れる、そして復帰してきた時は自分が一市民であって、母親であった立場、子育てをしている一般市民の立場からの意見を次に反映してくれるのではないかと期待します。

発言者 3

市町村、県の職員を含めて、なぜ保健師の教育だけが人材育成を県単位でやらなければならないのでしょうか。

佐伯

今のお話の中には県単位という事と公衆衛生従事者の中でどうして保健師だけがそんなに集まるのかというニュアンスもあるのではないかと思います。

公衆衛生従事者の中で一番人数が多いのは保健師です。ですから保健師が体制を作る事でそれが職場に波及していくという前提があり、保健師の教育がなされていると思います。

もう一点、県単位でという事では、例えば管理職、保健師の課長職とかは県内にそう数がいまません。ですから効率と効果を考えると県単位とする事が望ましい。新任も同じです。一年間に新卒で入る人たちは県の大きさによっても違いますが、少ない県では数名、多くても、北海道は別にしても、二、三十人の範囲だと思います。一つの職場にすると一人、二人でするので人材育成をする上では集めて行ったほうがよい、それから集まる事でネットワークができる、相互啓発できるという事もあると思います。それと今の時代はいろいろな職種が、合同で研修会をする事も増えていますので、職場を超えて研修体制を組むとよいのではないかと思います。

澁谷

私は保健師に育てられたと思っています。なぜまとめてやるかというのは、確かに今おっしゃったとおりだと思います。私はそれぞれが孤立をしてるのではないかと心配するのです。ネットの発達によって、それぞれ職場がバラバラでもネットで繋がることはできるわけですが、やはり人は顔を見て話しをすることによって得られるものがたくさんあります。一人二人の職場から研修で大勢集まってきて、そこで一緒にディスカッションすることで連帯感が産まれる、相互に高め合うことができる、という効果があると思います。愛知県でも、市町村も保健所も集めて新人の研修会は比較的体系的にやっています。その上で各保健所で管内の研修会やフォローアップをするという形をとっていますので、孤立させないという意味も重要だと思います。

発言者 4

今に関連してですが、私の勤めているところでは、実は保健師が保健婦交付金というのがあった時代に、僻地に複数配置を一生懸命しましょうという事でやっと採用されたので、保健師がその世代に固まっている。40代後半から下が30代の前半位で20代がほとんどいないという地域です。先ほど佐伯先生のお話の中で人事管理が出てきたんですけど、私の勤めている地域では若い保健師がおらず、もう少しすると係長、課長レベルがたくさん出てきて、そしてがさっと辞めて、がさっと新人になるという、状況があると危惧します。40歳の下が20代、新卒です。

そういう地域もある事を考えると県単位で人材育成のプログラムを、地域に合った形で作っていくと共に、人事管理への提言もとても必要ではないかと思います。僻地に行けば行くほど大変です。人事管理と卒後教育は一緒にしなければならないと思うので、県単位でのアプローチはものすごく重要だと考えるのですが、澁谷先生はどのようにお考えになりますか。

澁谷

地域保健の指針の見直しで、圏域という言葉は広い意味で使っていますから、二次医療圏に限らず柔軟に考えて対応するべきだと考えています。それからある年代が大量に辞めて大量に入ってくるという話がありました。現場の教育は数年先輩が新人の面倒をみるわけですから、人事の計画的採用は大事だと思います。しかし、今既に起きてしまっている事態ですから、起きてしまっていることをどうやって補うかという、システムを作ること、教育や経験をするシステムをサポートする事です。今後は人材育成からいっても計画的な採用をお願いすることが必要だと思います。

平野

先ほど現場の実情というお話の中で、管理者の事、あるいは中堅の方たちの課題の事をお話しされ、公衆衛生マインドはいっぱい持っているけど足元の職場ではうまくいかないという発言がありました。私は住民に対しても職場の中でも基本は同じだと思うのです。お互いが思っている事を日常の生活の場において率直に話しあえるか、だと思います。私たちにしてみれば生活の場の一つが職場ですから、そこでお互いがどう思っているか、今部下の人たちが気にしている事が率直にやりとりされて、それについて聞く耳を持ちながら、何に誰が困っていたのかを分かり合っていく、話しあうプロセスが自分の足元でできる事、これが公衆衛生に立ち向かうことの根幹に私はあるのかと思います。住民も保健師も基本的には他を思いやるという公共心と、そこで率直に語り合うことが、公衆衛生の根幹だと私は思います。

岸本

私のほうからは皆様の地域とは全く違うところの一つの貧困層への取り組みを話したわけですが、あいりん地域は全国から集まり故郷に帰れない、そこで歳を取る方がほとんどです。佐伯先生の話にもあったように社会的な公平さとか生活権をきちんと保証していくのは保健師

の大きな役目だと認識しましたし、あいりん地区は多分日本全国の先鋭的な部分といった特徴があると思います。今後の時代、みなさんの地域にもこういった問題が何時起こるわからないという状況だと思いますので、こういう新しい課題に立ち向かえる人材育成をやっていきたいと思います。

澁谷

目指すべきところと現場は非常にギャップがあると思います。しかしこれから公衆衛生で何が求められているかと考えた時には、やはり一人一人が自覚をしながらビジョンを持ってほしいと思います。また、ビジョンが持てるような環境作りをしていく必要があると思います。専門性というのは深くという事もあるのですが、保健師の場合は生活という視点が重要なので、幅広い常識と幅広い視野がある事が重要ではないかと思っています。現場からしくみや制度は必ず変えられるんだという事を皆さんが後輩に伝えていく、そういう事を見せながら仕事をすることが重要だと思います。

公衆衛生はもちろん保健師だけでなく、いろいろな分野の人たちが関わって作り上げていくものです。ただ職位が上に行けば行くほど現場が見えにくいという事はどの分野でもありません。ですから現場が声を出して形にする事を見せていく事が大事ではないかと思っています。

佐伯

保健師は常に社会の新しい課題に立ち向かってきたと思います。最近の新しい課題は今まで以上に困難で、しかも情緒的にむずかしく、虐待など積極的に関わるには一歩引きたくなるような課題が多くなりました。それに立ち向かうには、私たちが勇気がいるのだと思います。

人材育成は相手を知ることです。また、プリセプターになって相手に丁寧に関わると、振り返って自分が見えてきたとおっしゃいます。職場で人材育成を進めようすると、職場のコミュニケーションがよくなったとおっしゃいます。いろんな面で活動の基本はコミュニケーション

なのだと思います。人材育成は、相手の良いところを見ましょと、ポジティブな関係ができます。これが職場を良い方向に向わせることに繋がるのだと思います。今の職場での課題を話し合い、それを前向きなコミュニケーションで、良いところを認め合う環境を作ることによって人も育つし、新しい事に向き合える環境ができていくのではないかと思います。

村嶋

今回、シンポジウムをやってみましたら実は、保健師たち同士が分断されていて、保健師自身が、自分たち自身の課題に立ち向かわないといけないのだという事があらためて示されたように思います。

公衆衛生看護のあり方委員会は公衆衛生看護、保健師の養成教育の話から新任期の教育、そしてさらに現任教育について踏み込んで今後やっていきますのでぜひ皆さまのご支援をいただきたいと思います。どうもありがとうございます。

公衆衛生看護の発展に向けて一点から面へと展開する保健師活動

日時：10月27日（水）13:45～15:30

会場：第3会場（ホールD7）

座長：村嶋 幸代（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野）
石垣 和子（千葉県立保健医療大学健康科学部）

地域保健法以降、保健師の仕事内容、組織形態が大きく様変わりし、地区分担制から業務分担制に移行すると共に、活動のアウトカムが見え難くなっている。また、他にも様々な課題がある。

- ・保健所機能の低下、特に都道府県型保健所が行政改革で保健師数が削減されている。
- ・点で活動している現状であり、線から面の活動になるには程遠い。
- ・50代後半は保健師らしいが、40代が悩んでおり、老健法以降の世代で総合性が弱い。
- ・不十分な保健師教育で育った新任期・中堅が、現任教育も不十分なまま現状がある。

また、保健師教育の主流が、大学の保看統合化カリキュラムになったが、この卒業生は「何もできない」現状があり、問題である。大量の「保健師学生」がレディネスが整わないまま実習に来るために、実習効率が上がらず、保健師の仕事がイメージできない等、生産される保健師の質の低下が大きな問題となっている。特に、家庭訪問の力が減少し、ニーズをアセスメントする力も弱くなっているのが危惧される。

この現状を認識し、打開するためには、行政の保健師を増やす必要があると判断されるよう仕事を見せていく必要がある。先ずは原点に立ち戻り、日常活動の中から公衆衛生看護を展開する方法論を共有化したい。そのために、個へのケアと集団へのケアを両方自在にできている活動を共有したい。同時に、このような機能を保健師が発揮できるように保健師の質を保証する教育のあり方についても討議したい。

地域保健の現状と求められる保健活動

勝又 浜子（厚生労働省健康局総務課保健指導室）

1. 保健師の配置、業務の状況

現在、日本全国に就業する保健師は、約47,000人。都道府県及び市町村などの自治体に就業する保健師は約31,000人、病院・診療所において健康診査や保健指導にたずさわっている保健師は約10,000人、企業や健康保険組合において労働者の健康管理や保健指導にたずさわっている保健師は約2,500人、介護保険施設等に就業している保健師は約1,000人となっている。

自治体の保健師の主たる業務は、母子保健、健康づくり、生活習慣病予防となっている。家庭訪問や健康相談などの直接サービスが減少、業務連絡事務などの間接サービスが増加している。家庭訪問は市町村保健師でも減少傾向にあり案件数と延べ件数が同じ、すなわち、ひとりの対象者に対して年間1回の家庭訪問で終了しているという実態にある。これでいいのでしょうか。

2. 保健師活動の中核

「市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書（平成18年度）」に、市町村保健活動の中核的な機能として、地域住民自らが自分自身や地域の健康状態を改善できるように支援する機能、地域の健康課題を把握・企画立案し評価する機能、地域の健康課題を解決するために必要な社会資源を開発する機能があげられている。また、保健師の専門性として家庭訪問等による地域住民の生活の場に入った活動をとおして、地域の健康課題を把握し、それを行政の施策や住民の自発的な活動につなげることでであるとされ、これらの機能を活かして効果的な予防対策等を実現するための活動方法として「地区分担制」が提唱された。

そして平成21年3月の「地区活動のあり方とその推進体制に関する検討会報告書」において、「地区活動とは、地域の健康格差を縮小させながら、健康水準の向上をもたらすために、一人ひとりの健康問題を地域社会の健康問題と切り離さずに捉え、個人や環境、地域全体に働きかけ、個別はもちろん、地域全体の動きを作り出す活動である。」としている。

3. 今後の活動のあり方

しかし、地方公務員の定数削減が行われ、業務量に見合う保健師の配置もままならない状況にある。保健師本来の仕事として「地域を見る、つなぐ、動かす」という地域に密着した保健活動が期待されている中、今後は、現戦力で対応していけるかどうか保健師活動の実態や業務量を分析し、必要があれば業務のアウトソーシング、住民とのコラボレーション、事務職員・事業所・健保組合・医療機関保健師など関係者とチームで活動を行っていくなどの検討が必要ではないか。

【略歴】

昭和54年	滋賀県守山市役所
昭和57年	滋賀県八幡保健所
昭和62年	滋賀県厚生部医務予防課
平成3年	滋賀県健康福祉部健康対策課
平成5年	滋賀県東京事務所（厚生省健康政策局計画課）
平成6年	厚生省健康政策局看護課保健師係長
平成13年	〃 課長補佐
平成15年	滋賀県健康福祉部医務薬務課長
平成17年	〃 健康福祉政策課長
平成18年	厚生労働省医政局総務課政策企画官
平成18年9月	〃 健康局総務課保健指導室長

個へのケアとネットワーキングで展開する保健師の活動

永江 尚美（鳥根県浜田保健所）

はじめに

公衆衛生行政に従事する保健師は、地域を基盤に地域に生活するすべての人々を対象に、地域に生活する人々が日々の生活を安心して、健康で、心豊かに暮らせる社会環境づくりを目指して活動を展開している。

特に、地域住民を取り巻く保健・医療・福祉サービスの提供においては、様々な機関との連携による社会資源（地域資源）の発掘及び有効活用が重要であり、この有機的な連携に向けて、第一線で支援しているのが地域と密着した市町村の保健師や広域的立場で専門的機能を有する保健所に所属する保健師である。

保健師機能の一つである「地域におけるネットワークづくり」の展開事例から

保健師は、日常活動における個別支援を通して、個々を取り巻く地域の人々や支援関係者と支援の方向性について共通認識を行いながら、地域に存在する社会資源をつなぎ、地域における支援のネットワークを形成している。このネットワークづくりは、個々の力をつなぎ、地域の持つ力をつなぎ、地域の社会資源を最大限活用した支援の拡がりへとつなげていく展開でもある。

鳥根県でも様々な事象を通して、事象に応じた支援体制を形成し、地域におけるネットワークを構築してきた。具体的な事例として3事例紹介する。

①ハイリスク妊婦（産婦・褥婦）に、出産後スムーズな支援を行うための「看護連絡会」を設置し、その後、圏域周産期医療連絡協議会における部会の一つに発展した事例

②難病患者（ALS）の在宅療養支援を通して、患者及び家族支援を目的に具体的な支援ネットワークを形成し、在宅重症難病患者一時入院支援事業へと県施策に反映した事例

③思春期相談を通して、ケース支援会議を積み重ねていく中で、思春期心のネットワークを形成し、保護者会の主体的活動への支援や地域で支援する体制づくりを行った事例

地域におけるネットワークづくりは保健師活動の「見る・つなぐ・動かす」活動

保健師は家庭訪問等の個別支援を積み重ねながら、一方では地域診断(中でも社会資源診断)の視点で、支援関係者（関係機関）と顔の見える関係づくりを行い、ネットワークづくりをしている。支援対象や支援ネットワークは静的なものではなく、個別支援を続ける中で、ネットワークの成果を検証し、支援の質的向上やネットワークの拡がりを図るPDCAサイクルの実践が必要であり、一つ所に留まらない「見る・つなぐ・動かす」保健師活動が求められている。

【略歴】

1976年に鳥根県入職後、県内保健所（小規模・大規模・離島）及び本庁に勤務。3回の本庁勤務では母子保健・難病支援・健康増進対策及び保健師の指導育成を担当。健康福祉部健康推進課調整監を経て、2008年から現職。2005年から県立大学短期大学部地域専攻科非常勤講師。2007年から全国保健師長会常任理事。

地域に元気の種まきいきいき元気 笑顔いっぱい「元気磨きたい」活動

石田 奈津子（新潟県燕市健康福祉部健康づくり課）

1. 燕市の概況：燕市は、人口83,469人 27,161世帯 高齢者人口（65歳以上）20,608人 高齢化率24.7%（平成22年4月1日現在）

保健師の配置は、保健師数26（健康づくり課22 福祉課4）となっています。

2. 燕市の保健事業の特徴：燕市では、市民が「自分らしい豊かな人生を過ごす」を目指し、燕市健康増進計画を平成20年3月に作成した。計画の特徴は、健康を「病気を減らす『病気予防』」と「いきいき元気を増やす『元気増進』」の2つの視点で策定しており、保健事業もこの2つの視点に基づいて活動を行っているところです

3. 燕市健康増進計画実践プロジェクト「元気磨きたい」：市民参画型で策定した計画を市民で広めていこうと「元気磨きたい」が、平成20年4月に立ち上がりました。

4. 「元気磨きたい」の特徴：・参加した自分自身が元気になる。・家族・地域など周囲の人に元気のおすそわけをする。・自分たちで出来ることをする。・期間限定で活動期間は、1年とする。・燕市健康増進計画「磨け！輝け！元気プランつばめ」を広める。・予算は、0円自分たちでできることをするが特徴となっています。

5. 活動を通して：○『病気予防』『元気増進』の2つの視点を意識する『健康は目的ではなく手段』：従来の保健活動は、病気予防軸に重点を置いた行政主導型が多かった。しかし、これだけでは知識の普及にはつながるものの、実践に至るまでの行動変容にはなかなか結びつかなかった。元気増進軸の考え方を取り入れることにより、人とのふれ合いを通して前向きな気持ちになれたり、自分らしい生き方・夢・目標を見つけられたりするなど、元気が増えることで健康への意識が高まることを実感できた。○主体的に取り組む姿勢：この元気磨きたいの活動は、「市民と一緒にやる」という参加・参画型で、市民が主体的に取り組む気持ちづくりを目指し、取り組んできた。これを実現させるためには、まずは保健師自身が主体的な姿勢で事業に取り組むことが重要であり、スタッフのやる気づくりが地区活動を育てる原動力になることに気づけた。

6. おわりに：保健師が地域を知るには、家庭訪問や健康相談、健康教育などを通し、課題を施策化していく大きな役割があります。地域をどうしたいのか、住んでいる人にどうなってほしいのかを常に意識し活動していくことが重要であり、チームで共通な目標に向かって活動していくことが大きなエネルギーになることを「元気磨きたい活動」を通し、学ぶことができた。

【略歴】

1979年 燕市役所保健課に就職
2002年 燕市役所健康福祉課保健指導係副参事係長
2006年 燕市役所健康福祉部健康づくり課副参事
2010年 燕市役所健康福祉部健康づくり課課長補佐

個へのケアとネットワーキングで展開する保健師の活動

島根県浜田保健所 永江 尚美

はじめに

島根県では従来から地域を基盤に、地域の人々の主体的な健康づくり活動を支援し、関係機関と協働・連携した環境づくりを保健活動の基軸にしてきました。地域ニーズをしっかりと把握し、健康課題を関係者や住民と共有して、ともに解決方法と同じテーブルで（膝を交えて）取り組むこと、PDCAプロセスを重視してきました。このことが人材育成の根底ともなっていました。

本日は、県の立場で島根県が歴史的に積み上げてきた保健活動を通して、点から面に展開する保健師活動について御報告させていただきます。

1. 個別支援を通して広がるネットワーク

個別支援が、保健師活動の基本であることは言うまでもありません。個別支援を通して個々を取り巻く様々なニーズを基に保健師の活動は広がっていきます。私達は、個別ニーズの対応から地域ニーズの把握に努め、業務担当の中から地域をみて地域を意識した事業を考え、日常活動を通してネットワークづくりを行い、ネットワークから築かれていく連携づくりをしています。このことが、対象・地域を見据えた事業企画やシステム化につながっています。

2. 個別事業を通して広がる多分野との連携

業務を担当する個別事業を推進する中で、様々な機関・団体との連携の輪が広がっています。①生活習慣病予防対策を通して職域との連携、②うつ病予防対策事業から警察・弁護士会・市町村の税務課・医師会等々との連携、③介護予防事業から地域の老人会・3B体操クラブ等との連携、④難病や医療依存度の高い療養者への支援事業から保健・福祉・医療との連携、⑤感染症予防事業から学校保健との連携等、様々なネットワークが広域的にできています。

3. ネットワークをつなぐ健康なまちづくり

様々な地域ネットワークは、それぞれを「つなぐ」ことにより健康なまちづくりへと広がっています。公民館単位に、あるいは公民館を拠点に各地区の健康づくり推進会議（名称は地域で異なりますが）が設置され、各地区の21計画が推進されています。そして、健康づくりのみでなく、環境保全（蛍の住む川づくり、子どもが安心して遊べる川辺づくり等）にも目を向けた活動に発展しています。これらが、誰もが健康で安心して暮らせるまちづくりとなっています。

このことは、地域住民が、住み慣れた地域で、住民自身が自分達の自治組織力のもとに、住みよい地域社会づくりを行っていくまちづくりと言えます。

個別支援を通して広がるネットワーク

1) 「個別ケア」を通して

- ①地域の支援体制づくり
- ②個々の支援ネットワークをつなぐ地域づくり
- ③ネットワークによる関係機関・関係者連携

個別ニーズの対応から地域ニーズの把握へ！

業務から地域を見、地域を意識した事業へ！

日常活動の中からネットワークづくりへ！

ネットワークから築かれていく連携づくり！

対象・地域を見据えた「事業企画及びシステム化」へ

個別支援を通して広がるネットワーク

2) 「個別事業」を通して広がる多分野との連携

- ①生活習慣病予防対策業から職域との連携
- ②うつ病予防対策事業から関係機関との連携
- ③介護予防事業から地域組織との連携
- ④難病療養支援事業から保健・医療・福祉連携
- ⑤感染症予防事業から学校保健との連携 等

糖尿病対策関係機関ネットワーク ・ 地域職域連携推進ネットワーク
自殺予防対策推進ネットワーク ・ 難病患者在宅療養支援ネットワーク
思春期こころの健康づくりネットワーク ・ 周産期医療体制推進ネットワーク
精神保健福祉医療ネットワーク ・ 食育推進ネットワーク…… 等々

- ①「周産期医療体制の推進に向けたネットワーク事例」では、ハイリスク妊婦・産婦・褥婦の産後にタイムリーな支援が行えるよう、医療機関と行政とが顔の見える関係づくりを通して、情報ツールの作成や地域における支援体制のシステム化を図ることができました。
- ②「難病患者を支えるネットワーク事例」では、在宅で人工呼吸器装着のALS患者の家族支援、安全確保のシステムづくり、関係者向け療養支援マニュアルの作成やレスパイト的入院システム等、県の施策につなげていくことができました。
- ③「思春期こころのネットワーク事例」では、関係者が一堂に会する場づくりの必要性からネットワーク化を図り、アクションプランを整理し関係機関で役割分担と連携強化を図り、思春期こころの健康づくり推進のための体制整備につながりました。

まとめ

保健師は家庭訪問等の個別支援を積み重ねながら、一方では地域診断（中でも社会資源診断）の視点で、関係者と顔の見える関係づくりを行い、ネットワークづくりをしています。そして、支援対象や支援ネットワークは、静的なものではなく、個別支援を続ける中で、成果を検証し、質的な向上や広がりを図っています。そのためにもPDCAサイクルの実践が必要であり、一つに留まらない「みる・つなぐ・動かす」保健師活動と言えます。

島根県における「地域を見る・つなぐ・動かす」の視点は、「地域をみる」とは「地域や人や機関のニーズを知る」、「地域をつなぐ」とは「人や機関や地域の役割をつなぐ」、「地域を動かす」とは「人や機関や地域を動かし、事業化・施策化につなぐ」という視点で進めています。市町村では身近な地域活動の展開の中で、保健所では広域的な医療・職域等のネットワークづくりの中で、保健師のコアである「地域を見る・つなぐ・動かす」視点で保健活動を展開しています。

個別支援を通して広がるネットワーク

3) 地域ネットワークをつないだ健康なまちづくり

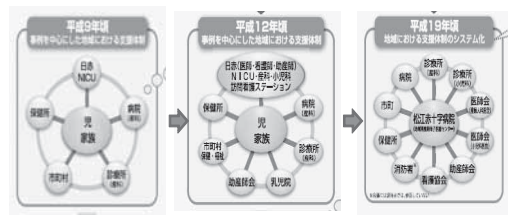
- ①各地域に健康づくり推進会議が設置
- ②地域健康づくり推進会議で21計画の推進
- ③健康増進から環境保全も含めた活動に発展
- ④誰もが健康で安心して暮らせるまちづくりに

地域住民が住み慣れた地域で
住民自身が自分達の自治組織力のもとに
住みよい地域社会づくりを行っていくことに

1. 周産期医療体制の推進に向けたネットワーク事例

安心・安全なお産と安心して子育てができる育児環境の支援に向け、関係者が顔の見える関係づくりとして、

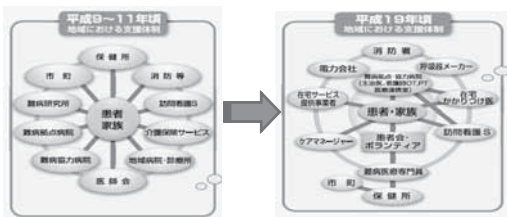
- ①「看護連絡会」を設置
- ②情報発信・共有・学習・連携の情報ツール作成



2. 難病患者の在宅療養支援に向けたネットワーク事例

在宅重症難病患者の療養生活を支援し患者家族のQOL向上を図るために

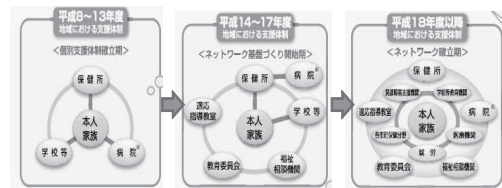
- ①個別支援→支援チーム→関係機関のネットワーク
- ②地域システムづくり→質の保証と県施策への反映



3. 思春期こころの健康づくりネットワークづくり事例

専門医による思春期こころの相談を開設して以降、「健やか親子しまね圏域計画」に主要課題として掲げ、

- ①相談支援、保護者等支援、体制づくりの推進に向けて、地域のネットワーク化を実施
- ②思春期こころの健康づくりに向けての体制整備



地域に元気の種まき いきいき元気 笑顔いっぱい「元気磨きたい」活動

新潟県燕市健康福祉部健康づくり課 石田奈津子

1. 燕市の概況

燕市は、平成18年3月20日に旧燕市・吉田町・分水町と合併し新市燕市が誕生しました。平成22年4月1日現在の人口は、83,469人、世帯数27,161世帯、高齢者人口（65歳以上）20,608人、高齢化率24.7%です。保健師の配置は、保健師数26人（健康づくり課22人 福祉課4人）です。



2. 燕市の保健事業の特徴

燕市では、保健師活動のあるべき姿を考える大きな転機が平成20年3月に作成した燕市健康増進計画「磨け！輝け！元気プランつばめ」の策定にありました。

この計画の特徴は、市民参画型で職員と市民が同じ土俵で検討を重ねつくり上げたところであり、健康を「病気予防」（食事・運動・休養・ストレ



ス減少・たばこ・アルコールなど）と「元気増進」（生きがい・ふれあい・活躍・自分らしさ・夢など）の2つの視点に着目しているところです。そこで燕市は、この2つの視点に着目した保健活動に取り組んでいます。

3. 燕市健康増進計画実践プロジェクト

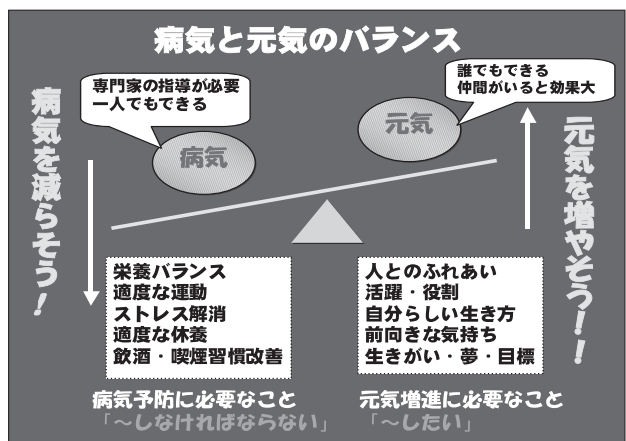
「元気磨きたい」

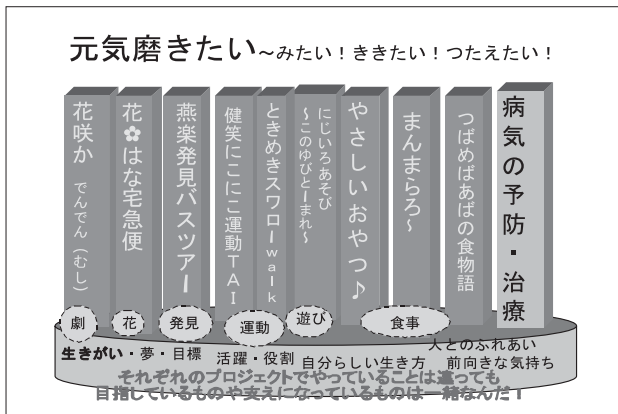
健康増進計画を推進するために20年度にスタートした市民による実践プロジェクトが「元気磨きたい」です。まずは自分の元気を、そしてまわりの元気も磨いていこう！という思いでメンバーで名付けました。

4. 「元気磨きたい」の特徴

「元気磨きたい」は、燕市健康増進計画「磨け！輝け！元気プランつばめ」の目的「自分らしい豊かな人生を過ごす」ことを目指し、健康の2つの視点の1つである『元気増進』に重点をおき、市民と共に展開する健康づくり活動です。活動内容はプロジェクトによって様々ですが、「燕市を元気あふれる健康なまちにしたい！」という共通の目標に向かって活動しています。

<キャッチコピー>みたい・ききたい・つたえたい 億劫がらずに1歩前進！色んな人や事、モノを見て、話をきき、そこで得た事、感じたモノ





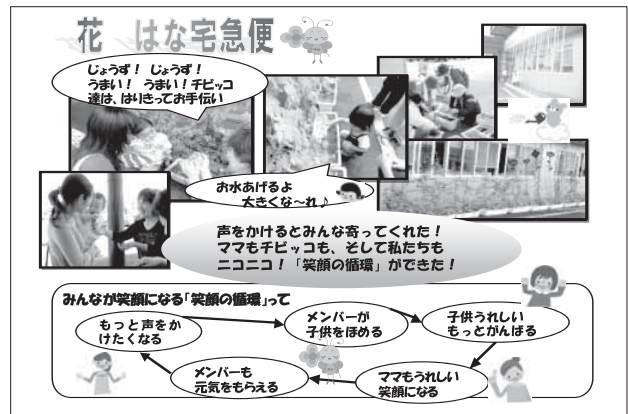
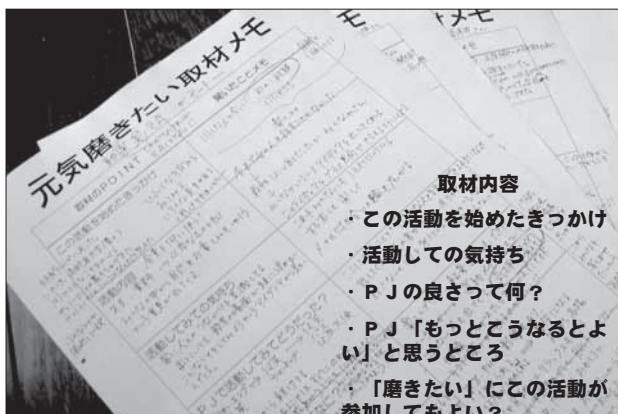
を1人でも多くの人に伝えたい、伝えていこう
 そうすることで自分の元気そしてまわりの元気を
 膨らませていこうという願いがこめられています。
 会のルールとして①自分自身が元気になる。②元
 気があふれてきたら家族・地域におすそわけをす
 る。③自分たちが出来ることをする。④活動は、
 期間限定1年とする。⑤5人以上集まれば、やり
 たいことが形になる。という5つのきまりがあり
 ます。

5. 「元気磨きたい」活動の実際

86人のメンバー6つのプロジェクトからスター
 トし、今年度3年目を迎えました。22年度は、7
 つのプロジェクト120人で活動しています。

21年度の活動実績は、計181回1,964人の市民
 (かがやき人(びと))が参加しました。今年度、
 磨きたいメンバーで地域に元気のおすそわけをす
 る人(磨きっこ)が活動を始めました。現在8つ
 のグループができました。

「磨きっこ」にきっかけや意識を取材すること
 で私たち保健師が住民の健康をつくる保健指導に
 必要なたくさんのキーワードを知ることができま
 した。キーワードのトップ3は、「楽しい」「仲間



「自信」でした。

6. 活動を通して

○健康を『病気予防』『元気増進』の2つの視点
 を意識することの大切さ：今まで健康には、正
 しい知識をいかにわかりやすく住民に伝えてい
 くかが保健指導の中で大切にしてきた。しかし、
 住民から「保健師さんの笑顔が良いね」「保健
 センターに来て体も心も元気になった。性格ま
 で明るくなった。」「保健センター楽しくてやみ
 つきになるね。」などの『元気増進』のプラス
 メッセージを言われると保健師自身も元気なり
 ます。住民が自ら病気を予防し、健康づくりへ
 の行動を起こすには、人とのふれ合いや楽しさ、
 自分を好きになれる前向きな気持ちなど元気増進
 に着目した考え方を取り入れことが大切さだと
 保健師自身が肌で感じています。

○主体的に取り組む姿勢：「元気磨きたい」の活
 動は、「市民と一緒にする」という参加・参画
 型で取り組んできました。これを実現させるた
 めには、保健師自身が主体的な姿勢で取り組む
 ことが大切であり、スタッフ自身のやる気づく
 りが地区活動を育てる原動力になることに気づ
 きました。

7. おわりに

地域の健康づくりは、住んでいる人たちが主役
 となって元気の輪を広げていけることを実感して
 います。保健師がチームで共通な目標に向かって
 活動していくことが大きなエネルギーになること
 を「元気磨きたい活動」を通し、学ぶことができ、
 燕市の保健師は、市民と共にこれからも成長して
 いきたいと思えます。

「個へのケアと集団へのケア、両方を展開できる保健師の育成を目指して」—国民の健康を守る保健師教育の質向上にむけた取り組み—

尾形 由起子（福岡県立大学看護学部）

1. 看護系大学の増加および科目の読み換えによって起こる課題

看護系大学が年々新設し学生数の増加したことにより、隣地実習が困難になり、「量が質を脅かす」状況、また、4年制のなかでは、看護師・保健師・助産師の3つの資格をとらせるための科目を読み替えをなされなければならない状況であった。そのことが国家資格に対し保証ができなくなるのでは、すでに、なっているのでは、この現状を現場の保健師と共有した。県・市町村・政令市とも、教育の課題が保健師自身のライセンスの問題につながっていることへの理解となった。さらに、文部科学省が卒業時の単位数（130単位）は設定されているが、その時間数は各大学に任されており、大学により違いがあると思われるが、本校では看護師教育も保健師教育も厚生労働省が示す保健師助産師看護師学校養成所指定規則での時間数より少なかった。

2. 60年ぶりの保健師助産師看護師法一部改正

本大学は、昭和20年に開設した福岡県看護専門学校の発展的改組として、平成15年度開設した。開設時は、看護職のための4年制大学ができたこと、3つの国家資格が取れる教育課程ができたことで、県内の看護職みんな喜んで。しかし、少子高齢化社会の期待に応えるための看護職の育成として現行の教育課程をみたとき、対応するための看護職の育成としては難しい。

平成21年7月保助看法一部改正により「大学4年間で「看護師のみ」の教育が可能に。また、保健師及び助産師の国家試験受験資格について、修業年限を6カ月から1年に延長」となった。保健師教育については、大学において、保健師・看護師を卒業要件とするカリキュラムの実施を見直し、看護師のみの教育カリキュラムを設定し看護基礎教育を行い、その後、保健師・助産師を選べるカリキュラムの可能となった。保健師になるためのコアの講義、実習については、看護師教育課程から独立して行うものとし、保健師教育を大学院または専攻科で行うことで保健師教育の将来への展望が開かれた。

3. 大学内での看護基礎教育の充実と保健師・助産師教育の方向性の検討

法改正後、学内において、議論を重ねた。看護師となった卒業生の離職率（1割）が高いことや、卒業時の技術が保健師だけでなく、看護師も助産師も到達度が低く、臨床に適応しづらい状況が起こっていることを確認した。3つのライセンスに責任をもつこと、不安を抱かず社会に送り出そうと、学部教育での検証を始める必要があることを学内（教授会）での意見が一致した。保健師教育のなかでも隣地実習では、看護基礎教育が終了していないため、単独訪問ができない。保健師独自の個へのケアが学べず、このことは地域全体の課題を抽出する力がつかないこととつながっている。集団へのケア、両方を展開できる保健師になれない。将来の保健師育成のために、この不足をどのように補っていくかその方向性について考えた。

【略歴】

1986年3月	産業医科大学医療技術短期大学専攻科地域看護学専攻
1986年4月	福岡県（保健師）採用
1995年3月	国立公衆衛生院公衆衛生看護専攻課程 修了
1996年9月	日本学位授与機構（看護学士）取得
2000年3月	佛教大学大学院教育学研究科（教育学修士）修了
2004年3月	広島大学大学院医学系研究科（保健学博士）修了
2004年4月	福岡県立大学看護学部 地域・国際看護学 准教授
2009年4月	福岡県立大学看護学部 ヘルスプロモーション学系 教授
2010年7月	現在に至る

委員会主催 ワークショップ

公衆衛生看護の人材育成における指導者養成と職場づくり

開催日：平成23年5月14日（土） 11:00～16:30

会場：国立保健医療科学院

プログラム

新任ガイドライン紹介と新任者指導の実際	座長	石垣和子委員
新任保健師研修ガイドライン紹介	北海道大学	佐伯和子委員
大阪府豊中市と府中保健所の人材育成地域研修		
▶ 保健所の立場で	大阪府豊中保健所	蒲田廣子氏
▶ 市町村の立場で	豊中市健康福祉部 健康支援室	岡本里美氏
保健師の現住教育体制とネットワークづくり	座長	松井通子委員
保健所長の立場から見た保健師の現住教育	鹿児島系始良保健所兼 大口保健所所長	宇田英典氏
公衆衛生看護の人材育成における指導者養成と 職場づくり	埼玉医科大学医療政策学 教授	宮山徳司氏
育ちあう職場づくり 総括者として	高岡市健康推進課 総括専門員	伊原哲子氏
横須賀市における新任期保健師の教育体制について	横須賀市こども健康課長	浜野芳江氏

「公衆衛生看護の人材育成における指導者養成と職場づくり」開催にあたって

日本公衆衛生学会「公衆衛生看護のあり方委員会」委員会

委員長 村嶋 幸代

3月11日に発生した東日本大震災では、沢山の貴重な命が失われてしまった。多くの保健医療職も亡くなられ、痛恨の極みである。亡くなられた方々に哀悼の意を捧げると共に、困難な中、果敢に救援・復興支援活動を継続していらっしゃる方々に心から敬意を表す。

公衆衛生関係者も、多数、現地に入り、復興を支援している。保健師も全国から続々と支援に入っている。その中で改めて明らかになってきたのは、中堅期から指導者層の保健師の重要性である。そこが機能していなければ、外部から保健師が入った時に、受け入れすらできないことになってしまう。

本ワークショップは、昨年12月ごろから企画されてきた。

震災で、様々な催し物が取りやめとなっている。全国の公衆衛生関係者、保健師も忙しいため、本ワークショップも中止するか否かについて検討したが、今回の震災で、改めて明らかになった中堅保健師育成の重要性という課題を正面に据えて討議することは、震災からの復興にとっても重要であることを考慮し、実施することとした。

保健師助産師看護師法の改正により、保健師の修業年限が1年間になり、新しい指定規則も制定された。さらに、保健師の臨地実習に関しても、保健所と市町村とが一緒に学生を受け入れるという方策も検討されている。新任保健師を採用する地方自治体のなかには、実習施設の確保・調整や卒後研修のあり方を含めて、保健師の教育について問題提起を行うところもある。

このような変革の大きな時代に、人材育成は非常に重要である。

保健師教育に従事する方々、保健師として働く方々、また、保健師実習を受け入れている実践者の方々、保健師と共に活動している地域保健・産業保健・学校保健・医療福祉関係者に広くご参加いただき、専門職としての保健師教育の質保証について、討議したい。

「新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～」の紹介

北海道大学保健科学研究所 佐伯 和子

1. 背景

地域の健康課題は複雑化・困難化しており、課題解決のためには保健師個人に十分な力量が必要である。新任者の背景である保健師教育は大学化が進行し、平成22年度の入学定員では92%が大学となった。看護系大学卒業者のうち5.8%が保健師として就業している（H22）。保健師教育課程は、今後、養成所、学部を選択制や統合カリ、短大専攻科、学部専攻科、大学院等、多様化傾向にある。これら基礎教育の質が新任者教育に直結して反映する。

2. 法律改正とその意味

平成21年7月の保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により、平成22年4月1日から新たに業務に従事する看護職員の臨床研修等が雇用者の努力義務となり、看護職本人の能力開発への責務も明記された。

新人保健師研修は、新人保健師が基礎教育で学んだことを土台に、保健師としての基本的な視点及び実践能力を獲得するための研修であり、保健師基礎教育との連続性が重視された。日本全国で新人保健師の育成体制が整備され、同じ基準で新人保健師の育成がされることは、公衆衛生活動の水準向上に貢献できる。

3. ガイドラインの概要

1) 基本的考え方：新人看護職員研修ガイドラインは、看護課を主管課として作成され、保健師編はその一部である。新人保健師が基本的な実践能力を獲得するための研修として、実践の分野や保健師が就業する所属機関及びその規模にかかわらず、新人保健師を迎える全ての所属機関で研修を実施することができる体制の整備を目指している。

新任保健師の育成とともに、周囲の職員が共に成長し職場全体の力量形成を図る取り組みで

ある。

2) 新人保健師研修内容と到達目標：研修プログラム作成のために、保健師活動実践能力の構造が明らかにされた（図1）。5つの保健師活動に関する技術を支える要素では、総合的かつ抽象度が高い保健師活動において理念（魂）が重要であるとの考えが表現され、活動の基本と技術が明示された。

到達目標は、「組織人としての能力」5項目、「専門職としての能力」36項目、「自己管理・自己啓発に関する能力」5項目からなり、新人保健師が1年以内に経験し修得を目指す項目とその到達の目安が示された。研修方法では、OJTとOff-JTの方法と効果的組み合わせ説明され、研修評価の考え方や方法が提示された。

技術指導として家庭訪問と地域診断の2つが詳細に例示された。

3) 研修体制：新人保健師を支える体制は、継続的に自己研鑽を積むことが出来る実効性のある研修体制や指導体制が整備されていることが重要である。新人保健師、実地指導者（プリセプター）、教育担当者、研修責任者、プログラム企画・運営組織が明確にされ、人材育成の中核となる保健所など他機関との連携の下で実施する体制が例示された（図2）。

4) 実地指導者、教育担当者の育成：実施指導者には、地域保健活動実践の知識・技術の専門能力と根拠説明できる行政能力、多角的視野に立ち多様なニーズ対応能力とコミュニケーション能力、新人保健師研修のプログラムを立案、新人保健師の実践能力を評価する能力が求められる。

教育担当者には、説明する能力や指導方法を知る能力、スタッフに対するアセスメント能力、教育的に関わる能力、コミュニケーション能力、他部署間の関係調整能力が求められる。

5) 研修計画、研修体制の評価：研修終了時のプ

プログラム評価、研修の成果評価を多角的に行う。

4. 実施にあたって

新人育成にあたっては、①自部署での活動の理念と目標を再確認し、育てたい保健師像を明確に

すること、②職場全体で新人を育て、職場を育てる職場づくりをすること、③指導者・管理者の育成がポイントと押さえておくこと、④教育機関・行政・就業施設との連携、⑤ガイドラインを上手に活用することである。

図1 保健師活動実践能力の構造（ガイドラインより）

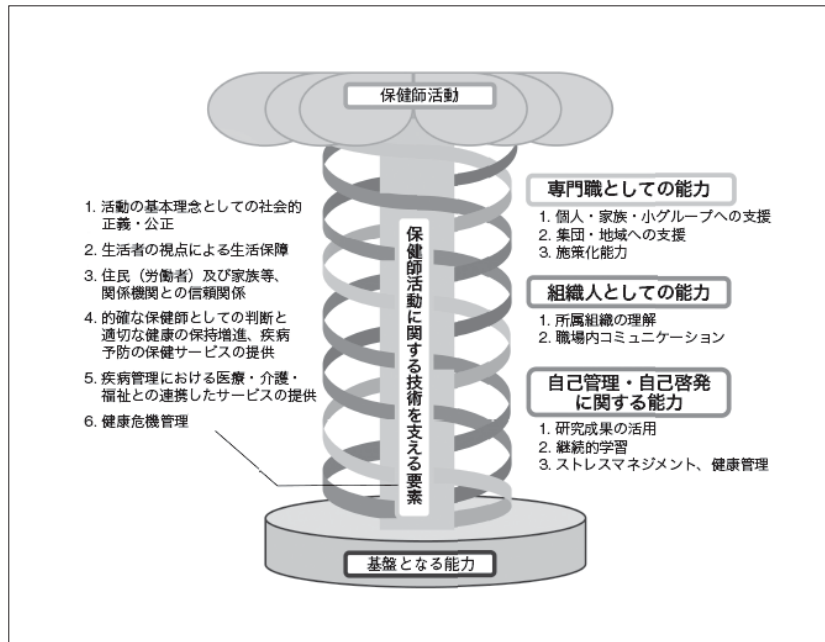
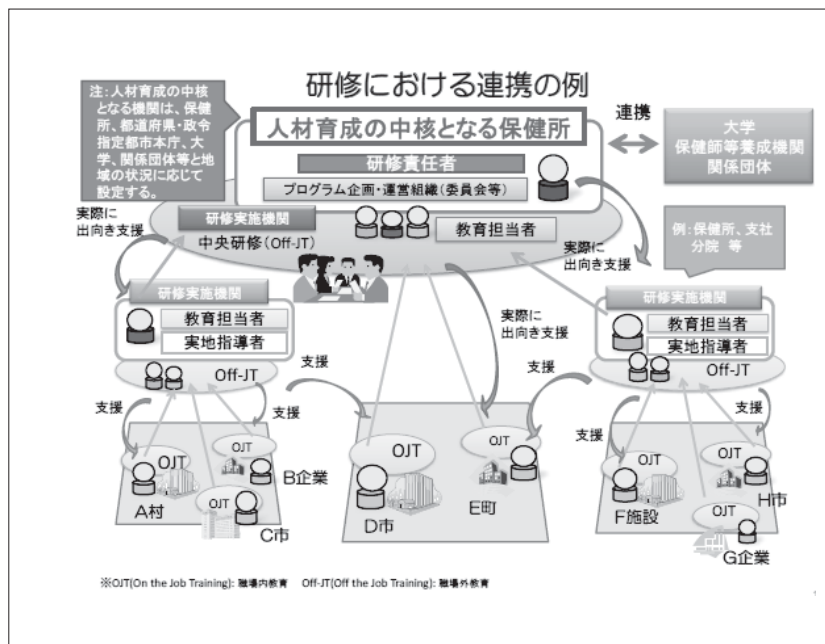


図2 新人保健師研修体制における組織の体制（ガイドラインより）



大阪府豊中市と豊中保健所の人材育成地域研修

大阪府豊中市健康福祉部健康支援室 主幹 岡本 里美
大阪府豊中保健所 地域保健課 保健師長 蒲田 廣子

1. 大阪府の人材育成地域研修の経過

全国的に都道府県では、団塊の世代保健師の退職に伴い急速な世代交代が進み、保健師活動に関する継承力の低下を招いている。また、市町村では保健事業の増大、活動範囲の広域化、分散配置等により人材育成を行なう体制が不十分な状況にある。

そこで大阪府では平成20年度に大阪府と市町村の中堅保健師が集まり、「中堅保健師が考えた新任期の人材育成マニュアル」を作成した。

このマニュアル作成をとおして、中堅期保健師が自ら保健師の価値観、保健師活動のコアを整理し、人材育成の役割認識を持つことができた。

また、平成21年度には組織的な人材育成の取り組みを展開するため、共通の指針となるガイドラインを府と市町村の協働で作成した。

その具体的な展開を平成22年度は保健所と管内市町村で人材育成地域研修として実践していくことになった。

2. 豊中市の概況と保健師の配属状況

豊中市は人口38万8千人で、大阪府北部に位置し、東西に走る大きな道路で北部・中部・南部に生活エリアがわかれている。

平成24年度に中核市に移行予定で、大阪府豊中保健所が担ってきた保健衛生業務を、豊中市保健所として実働させるためプロジェクトチームを中心に移行準備を進めている。

保健師数は、豊中市に41名（保健センター29名・福祉部7名・教育部2名・その他3名）豊中保健所に18名。

市では、5年以内の新任期保健師が46%16年以上の中堅後期が39%で、15年以上の中堅前期が15%と極端に少なくプリセプターの担い手が少ない。

また新任期は母子チームに配属されるため、母子チームでは新任期が65%を占めるケースや業務のディ

スカッションが活発に行なえない状況にある。

保健所は中堅後期が50%を占め、新任期と中堅期がほぼ同数の50%である。各チーム内ではケースや業務の意見交流はできているが、全体の会議では中堅後期に発言が偏る状況である。

3. 豊中市と豊中保健所の人材育成地域研修

平成24年度の中核市移行に向けて、平成21年度に保健所から市に業務の法的根拠と内容の引継ぎをし、平成22年度は事例検討会や同伴訪問で引継ぎを実践で進めていく方針がでていた。

よって豊中市と保健所の人材育成地域研修は、保健所で実施してきた①事例報告会（月1回）と②事例検討会（年9回）に③同伴訪問を加え市の保健師に参加してもらい、そこに人材育成の要素を加えて実施していくことにした。

①の事例報告会は母子と難病のケース管理の会議で、人材育成としては、どんな事例を保健師が危機管理ケースとしてあげ、保健所全体で検討し方針を出していくかを共有することをねらいとした。

②の事例検討会は各チームが事例や業務の展開方法を提出し検討する会であり、人材育成としては、グループ討議の中で特に新任期の保健師が活発に発言する経験を増やすことと、事例や業務の報告を通じて「みる、つなぐ、動かす」の視点で検討し保健師が経験値として養ってきた実践的能力を継承していくことをねらいとした。

③の同伴訪問は、難病や母子のケースを同伴し、ケースの引き継ぎとともに、保健師の姿勢や考え方、価値観の継承をねらいとした。

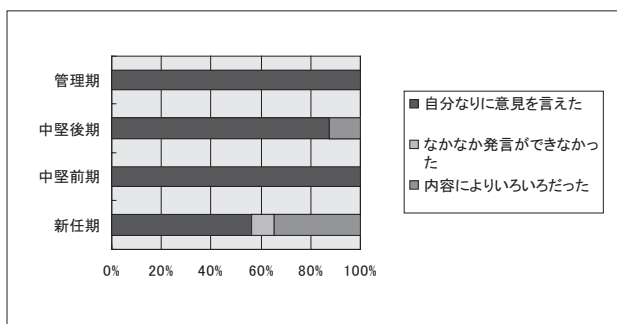
特に②の事例検討会では、事例提出者やチームに、ケースや事業の引継ぎとともに保健師として何を伝えたいかのメッセージを送って欲しいことと、ディスカッションが活発にできる企画を考えて欲しいと依頼した。

4. 平成22年度豊中市と保健所の人材育成地域研修の結果

参加者は①の事例報告会に市から延べ63名、保健所が101名。②の事例検討会は市から延べ92名、保健所から131名。③の同伴訪問は市から6名の参加があった。

ねらいに関しての結果は、研修会を終えた年度末にアンケートを実施し、その結果を集計し評価を行った。ここでは、主に②の事例検討会と③の同伴訪問を中心に報告する。

②の事例検討会において保健師が活発な発言をすることができたかについては、



管理期と中堅前期が自分なりに意見が言えた100%、中堅後期が88%に対し新任期は57%であった。「みる、つなぐ、動かす」の視点で検討したことについては、自由記載で感想を聞いた。

- ・「みる」ということは「聞く」ことでもあり、アセスメントすることだと思った。
- ・ディスカッションすることで自分の「みる」視点が広がった。
- ・「動かす」ではなく「動いた」の表現がいい。上から目線だ。
- ・「つなぐ」「動かす」の境目がわからない。
- ・「つなぐ」ためには「みる」力がすごく重要と感じた。
- ・「つなぐ」ことで施策や行政も動かすことに繋がると感じた。
- ・「つなぐ」ことは個人と関係機関を結びつけたり、支援の手を増やすことだが、「動かす」はケースの行動変容とともに、地域のネットワークが動いたと言う意味もあるのだと気が付いた。
- ・「みる、つなぐ、動かす」の視点ばかりで話合っていると、どこに当てはまるかばかり考えて議論が深まりにくい。等

事例から担当保健師の姿勢、考え方、行動、価値観等感じたことがあったかについての感想

- ・疾病も背景もケース様々だが、保健師の姿勢は一緒だと感じた。
- ・ケースだけでなく、家族や関係職種にどう接すればケースがよりよく生活していけるかを常に考えて行動していると感じた。
- ・「あるべき姿」をケースに押し付けてはいけないが、保健師として「こうあるべき」と思う気持ちは持ち続けたいと思った。
- ・自分自身の価値観やこだわりを常に知っておく必要性を感じた。
- ・自分の中で何を大事にするかぶれない気持ちも大切と感じた。
- ・専門チームにわかれているが、保健師の姿勢、視点は同じで、ケースを共有することで改めて自分の考え方の見直しができる。
- ・拒否ケースはあきらめないで次のタイミングを待ちながら関わることの大切さを改めて感じた。
- ・精神の事例でPSWとの対応の違いの話があり、保健師の専門性について再認識できた。等

地区診断は2回企画し、1回目は自分の担当地区の不動産屋になったつもりでキャッチコピーを考える等、担当地区をどう感じているか言語化できる内容に徹した。

2回目は同じメンバーで企画調整課の保健師が集めたデーターを基に豊中市の市長になったつもりで、何を一番のヘルス課題として取り上げて対応をしていくかを出し合った。

地区診断の感想

- ・地域に出ることが少ないので地域をちゃんと見ていないことを自覚した。
- ・不動産屋の立場で地区を見ることで、自由に意見をだし易かった。
- ・地域のキャッチコピーを作りよい面を示めすという手段が発想の転換で楽しく取り組めた。
- ・様々な角度で地域をとらえる必要性を感じた。市と府でざくばらんに話し合えてよかった。
- ・様々なチームの担当者と担当地域について意見を出し合い議論することで、見えていなかった部分が理解できた。
- ・施策・政策に反映させるならば、地域の課題が主観的にならないようにしたい。

- データーや裏づけが今回の診断では不十分。今後深めていきたい。
- 業務が専門化しすぎて市域全体のヘルスニードがとらえにくい現状。府市の情報をあわせて市の特徴をとらえて活動したい。
- 今の状況では地区特性を日常業務にいかすことは困難
- 地区診断をするには、地区特性が明確に出しやすい地区割りの方法も考えていきたい。等

③の同伴訪問は神経筋難病ケース6名に市の保健師が同伴。

- ALSのケースは初めてで人工呼吸器等医療機器の多さに圧倒された。
- 介護保険が優先か医療保険が優先かしっかり制度を理解する必要性を感じた
- ケアマネジャーの仕事や力量、特徴を掴む必要性と、在宅医療の強い味方として関係よく仕事をしていく必要性を感じた。
- 訴えの多い家族と本人の間を保健師が無駄の無い動きで両者を受け止めている姿が印象に残った。
- 退院するまでに家族がバラバラで頼りなく在宅療養が困難と判断していたが、実際訪問すると「家に帰ってこられて良かった」と本人がパソコンで表現するほど家族が纏まり、介護技術力があがっていた。関わる中で評価しなおす必要性と、また先入観の怖さも感じた。

総 評

22年度の豊中市と保健所の人材育成地域研修のねらいに関しては、新任保健師の6割弱が自分なりに意見が言えたと答えているが、内容により色々だったとの意見も3割あり、より一層工夫が必要である。

事例内容以外に保健師が伝えたいことに関しては、予想以上の意見をアンケートで得ることができた。漠然と普段感じていることを事例検討会や同伴訪問を通じて最後に文章化することの意義を感じた。考える機会作りとコンピテンシーは一定伝わったと評価している。また同伴訪問でより一層伝わると感じた。

全体を見て

グループの記録や発表は新任保健師が力を発揮していた。

地区診断では地区を細かく受け持っている市の保健師が熱く語っていた。

今回の企画で一番力がついていたのは事例の報告者である。市と府も中堅前期を報告者にしていくことが大事である。

予想外の収穫は、2回目の地区診断でヘルス課題としてあがった豊中市の結核罹患率が高いことに関して、市から具体的な対応策が出されたことである。

結核の課題を感染症チームだけが対応策を出すのではなく、健康診査グループや、成人保健グループがそれぞれ持っている事業の展開方法や改善策を出す中で、感染症チームだけでは見出せなかった対応策が展開できると感じた。中核市になってからの展望が見えた気がした。

5. 平成23年度の計画

平成23年4月に22年度の人材育成地域研修の評価と今年度の計画をたてるため、市と保健所のリーダー会議を実施した。

最初に、今年度の保健師の配属状況や、各チームの環境について情報交換をした。

市は、幼稚園等への保健師配置に引き続いて、新たに教育委員会への配置も加わり、生活福祉課にも非常勤の保健師が配置されている状況であることから、今後も分散配置の状況は続いていくであろうと考えられる。また、新任期の特徴として、事例検討会への提出事例が少なく、ケース事例や仕事にかかるディスカッションが少ない傾向にあるなどの状況を府と市で共通認識をもった。

これらを踏まえて今年度の人材育成地域研修の目標は、昨年度に引き続き新任保健師が活発に発言できる経験を増やすことと、市の分散配置を強みに連携していくこと二つをあげた。

今年度の内容

第1回目（5月予定）

分散配置を強みにする一歩として、「豊中市・保健所保健師合同研究会」を開催
事業紹介と現在困っていることを提出しあい、どんな連携ができるのか模索する中で、保健師としての基本的な役割を共有する。

第2回～5回目 事例検討会（6月～10月）

①個を集団に結びつけていった事例

②個の問題を地域の課題として拓げていった事例

③困難事例への対応等

ケースや地域を見る能力・地域をつなぐ能力・地域を動かす能力についてディスカッションする中で確認していく。

第6回～8回目 3回シリーズで地区診断（11月～1月）

業務分担制や分散配置で地区割りが困難なため、業務の関連性からグループを作っていく。

6. 今後の展望（中核市にむけて）

保健師全体をみる部署が必要であり、総括保健師の位置づけを明確にし、市域全体の保健師集団を職能としてまとめ、情報共有できる環境を整える役割を果たすことが必要であると考えます。また、人材育成の必要性を保健師全体で認知する必要があります。

さらに、保健師の経験年数や年齢構成を考えた配属とともに、何処に配属されても研修が受けられるシステムが構築されることが必要である。

そのためには必要な予算の獲得や業務として研修が受けやすくなるために職員研修の一部として公認されることなどが必要と考えます。

中核市こそ公衆衛生活動が展開できると言われている。今年度開く「豊中市・保健所保健師合同研究会」をその第一歩として分散配置を強みにできる人材育成を目指していきたい。

保健所長の立場からみた保健師の現任教育

鹿児島県始良・伊佐地域振興局保健福祉環境部長 兼 始良保健所長

宇田 英典

業務の多様化、日常業務で遭遇する困難事例の増加、広域災害や感染症等への備えや対応等、地域保健の現場においては優先性を考慮しながら、質の高い公衆衛生活動を実践していくことが求められており、活動の原資となる人材確保と育成は喫緊の課題である。しかしながら、本稿のテーマでもある保健師の現任教育については、職場内研修（OJT）の中核的役割を担う中堅保健師数の減少や予算確保が困難なことに伴う各種研修への未受講者数の増加、分散配置等により組織全体で現任教育を行う体制がとりにくい等の現状もあり、難しい課題の一つとなっている。

地域では保健所以外にも、市町村や地域包括支援センター、精神科病院、教育施設、健康増進施設や健康診査施設等、地域の保健医療福祉施設に多数の保健師が勤務しており、保健師の現任教育は地域のそれぞれ組織が責任を持って行うことを基本としながら、相互に連携・協働していく視点も必要となる。地域における公衆衛生の専門機関としての保健所の役割が大きい。しかしながら、近年、保健所数の減少とそれに伴う管轄区域の広域化、事務職員数の減少と技術職員の事務振り替え、保健所組織の統合化（保健福祉部、保健福祉環境部等）等の様々な変化により、「人材の確保・資質の向上」、「健康危機への迅速な対応」、「調査研究事業」等、保健所が有する専門的機能が低下しつつあることも懸念されている¹⁾。

このような現状のなかで、保健師の現任教育については統括保健師の果たす役割が大きいと考えている。統括保健師については、「組織上で定められている」（19.8%）、「組織上での定めはないものの同様の役割を果たす保健師がいる」（43.4%）と、全国の約65%の保健所に配置されている¹⁾。ただし、統括保健師が、その役割を発揮するためには、職場内における役割の周知、位置づけの明確化が基本となる。当所では組織として統括保健

師の役割や位置づけを以下の3点としている。

1. 部内の連携・調整：横断的に部内の業務や情報、人をつなぐ役割（健康危機管理、自殺対策、精神保健・医療相談、介護保険・予防、健康増進等）。保健師等技術職員同士、技術職員と事務職員、課長・所長等の上司と業務を通じた意見交換による共有化。保健師の配置に関する人事資料等の作成・関係者への相談・支援要請等。

2. 管内関係機関・団体との積極的連携：保健所の誰に相談したらいいか、保健所に相談していい事項かどうか等についての窓口的機能の周知と相談への対応や情報提供。顔の見える関係づくりのために積極的に地域の検討会、研修会、学習会等への積極的参加（看護協会、訪問看護ステーション連絡協議会、地域包括支援センター連絡会議等）。関係機関・団体等との連携強化の観点から保健所全体の業務を俯瞰した企画・調整。

3. 現場における保健師の育成・支援：ケースワークや事例検討での指導（事例への同伴訪問や個別の事例検討）。業務のまとめと公衆衛生学会等への研究発表支援。保健師個人への面接相談やカウンセリング。

保健所長の役割としては、以上述べたような統括保健師の支援を行うとともに、職員全体に対しての指導的立場にある者として日常業務、事例検討、職場研修等、直接的な指導や助言等を通じた学習の機会の提供を行う。これら、現場での工夫や取り組みとともに、保健師の配置、組み合わせ、研修等、人事管理上の対策も考慮する必要がある。保健所や市町村保健センター等の現場と都道府県庁・大学や研究機関・国の機関、保健所と市町村との人事交流、保健医療科学院等への長期研修派遣への支援等、人事管理部門との意見交換や要望

を含め、バランスのとれた人事，中・長期的人材育成に取り組む体制づくりも保健所長の重要な責務である。

ただし，職業人としての保健師の育成は職場の責務ではあるものの，保健師としての資質形成の重要な時期を過ごした大学や養成機関等の役割も大きく，卒前・卒後の教育・育成機関が緊密に連携して行う必要がある。保健師に限ることなく，技術職員の人材育成に関しては，技術職員自身の自覚と姿勢を基本としながら，職場内におけるOJT，職場外での研修・卒後教育支援体制構築等，それぞれが真摯に取り組んでいく必要がある。公衆衛生医の集団としての保健所長会はもとより，保健師等の技術職員が所属する各種団体，それぞれが所属する都道府県や市町村等の関係機関・団体，多くの関係者，機関・団体が加入している公衆衛生学会が，それぞれの役割を自覚し，工夫しながら実践していくとともに，協働して成果をあげていける体制づくりが求められている。公衆衛生学会の今後の取り組みに期待したい。

- 1) 「保健所の有する機能・健康課題に対する役割に関する研究」報告書，平成21年度地域保健総合推進事業，(財)日本公衆衛生協会 分担事業者 荒田吉彦，平成22年3月

公衆衛生看護の人材養成における指導者養成と職場づくり

埼玉医科大学特任教授 宮山 徳司

地方自治体の公衆衛生行政に携わって39年、そのスタートは保健所であり、保健師から、日々、多くのことを学んできた。

ある時、「公衆衛生に詳しい保健師が、なぜ個々のケース対応に埋没するのだろうか?」、「保健所活動の新たな展開が求められる中、その変革について、なぜ保健師は声を上げないのか?」といった疑問が湧いてきた。

私の心の中にあったのは、「保健師の能力はなんだろうか?」、「活かしきれていないとすれば衛生行政における損失ではないか?」という想いであった。

そこで、『保健師採用枠の撤廃』を求める1通の手紙を県の人事課に送り、また、県本庁で保健所活動の総合調整を行うようになった時には、『保健所保健師一人論』を唱え、多くの保健師から冷たい視線を浴びた。しかし、いずれも保健師の能力の活用を願ったことであった。

『保健師採用枠の撤廃』は、新たに『公衆衛生専門職の採用枠』を創設し、その受験資格を保健師等とするものであり、『保健所保健師一人論』は、保健所に保健師が一人しかいなかったら、数々の業務の中から、『あなたは何をすべきですか?』という問いかけであった。

地方自治体において、事務職を含む他の職種が保健師に対してどのようなイメージを持っているだろう? そして、その認識は正しいものだろうか? 提案の背景を述べたい。

「保健師は、母子保健や結核予防、精神保健など対人保健サービスの担い手であり、面接技法や身体状況評価などに優れた存在である。」というのが一般的な認識であり、保健師自身もそれを誇りに思っていた。しかし、私には、保健師がこれらの能力を活用し、公衆衛生行政の『中心的な役割』を担うべきだという想いの方が大きかった。これが現実となったのは平成12年の介護保険法施行時である。市町村では、保健師を「要介護認定

調査員」に、また、「ケアプランの精度管理」や「サービスに対する苦情対応」を担わせるなど、保健師の活用が進んだ。しかし、これは公衆衛生看護の本旨に合った活用だったのだろうか、保健師を便利屋として都合よく使っているのではないか、という疑問である。

今、公衆衛生に従事する者に求められているものは、財政状況に左右されない健康対策の推進であり、平常時における健康危機管理、日常生活におけるQOLの向上、人類の未来に対する義務と投資を通して、『健康の価値』を高めていくことではないか。健康は大事だけれど「いつも3番手」、「いつも後始末」といった状況の中で、これからは、客観的データに基づく情報により、事業の優先順位付けの信頼性を高め、客観的に評価する姿勢を全職員に植え付けていかなければならない。そのキーパーソンは保健師であると私は考える。

その際に求められるのは、組織のミッション、ビジョン、戦略の理解であろう。求められる保健師像について、澁谷全国保健所長会長は、①保健所長・首長とビジョンを語り合え、職種・職位を超えて議論できる保健師、②地域と市町村動向が視野にあり、広い視野を持って活動する保健師、③活動を客観的にまとめ、評価し、交流を図る保健師の3点を挙げられた。私も、①組織のミッション、ビジョン、戦略を理解し、②保健師業務に埋没せず、保健師だけで固まらず、③上司、同僚から公衆衛生の専門職として理解を得ること、以上の3点を挙げたい。

しかし、組織の現状はどうだろう? 専門性に基づく業務への従事が優先され、他分野への人事異動が極めて限定的であることから、行政能力を高める研修の受講が難しいことやOJTとしてのジョブローテーションが行いにくいという現実がある。

中堅・管理者保健師には、行政組織を活用した総合的な取り組みが求められ、企画・計画能力や意思決定能力、説明・調整能力、交渉・折衝能力、

組織運営能力などの向上が必要となる。地方自治体の行財政の仕組みや予算執行事務、事業評価や施策立案に関する研修が期待されるが、その際に最も大事なことは、保健師が属する職場自体が変わることだと考える。

保健師の行政能力を高められる組織、保健師の行政能力を活用できる組織に向けて、組織は①人材養成のビジョンを持ち、②ビジョンに基づいて計画的な人事異動を実施しなければならない。保健師の皆さんには、組織の体質を変える努力を続けていかれることも、併せてお願いしたい。

育ちあう職場づくり 統括者として

高岡市福祉保健部健康増進課総括専門員 伊原 哲子

私からは、「育ちあう職場づくり」について報告をする。

高岡市は、平成17年11月1日に1市1町が合併した、富山県西部に位置する人口176,792人、世帯数63,535人の少子高齢化、核家族化が進んでいる市である。保健師は24名で、健康増進課（20名）、社会福祉課（1名）、高齢介護課（3名）に分散配置されている。保健師活動の統括者は事務分掌に明記されていないが、健康増進課の総括専門員である。

1. 育ちあう職場づくりへの取り組みの背景

取り組みの背景は、①保健師が目の前の業務をこなすことに必死で疲れている。②上層部や他職種に保健師活動への理解を得る必要がある。③合併後の保健師の一体感を高める。④研修旅費の予算が削除されたこと等から、主体的に考えながら活動する保健師を育てたいと考えた。

2. 高岡市の人材育成の状況

高岡市の職場外研修は、人事課が職位に応じて行う研修と富山県や県厚生センター（保健所）が行う新人期、中堅期、管理期の研修、各種派遣研修がある。また、職場内研修は、職位に応じて段階的に実施しているが、今回は、全保健師を対象に行った健康増進課内での取組を紹介する。①若い保健師が保健師活動について考え、発言できる場を提供することで、保健師活動の課題・方向性等の共有化を図られるよう、「保健師のありかた検討会（図1）」を開催した結果、次年度には保健師による「乳児家庭全戸訪問事業」や事例検討会が実施され、また、健康づくり担当の係の新設や高齢保健担当業務と担当保健師を高齢介護課へ移管することにつながった。②若い保健師からの「自分の保健師活動を紹介し、互いに頑張ったよね。やっぱり保健師って良いよねと語り合いたい。」と言う発言がきっかけで「私の保健師活動を語る

会」を開催し、活発な意見交換がなされた結果、個々の保健師活動の相互理解が図られ、モチベーションが高まった。「こんなに良い表情をしているメンバーにどうして気付かなかったのだろう」と感じたものである。③地域の健康課題を明確にし、地域に根ざした住民組織活動を進めるため、「地域診断報告会（図2）」を開催した。課長や事務職など他職種の参加を求め、独自に作成した地域診断シートを活用した。この結果、自らの地区活動を振り返ることができ、担当地域への愛着や楽しみが増し、住民と協働した活動が増えたことや、課内の他職種の保健師活動への理解が深まったことから、保健活動への意欲が向上した。一方で、データを分析し量的データと質的データから地域全体をとらえる力量の向上が求められることや、保健活動の企画立案から評価までのPDCAサイクルをしっかりと機能させること等の課題が明確になった（図3）。

3. 育ちあう職場づくりへの取り組み後の職場の状況

現在の職場は、随時、事例検討会が開催され、研修を受講した場合は、速やかな伝達講習会や学習会の開催、自費で自己研鑽に取り組む者の増加、業務上の報告・連絡・相談の適切化等、孤立感を感じずに相互に啓発しながらチームで仕事に取り組める環境が整いつつある。

4. 統括者として意識してきたこと

私がリーダーとして意識してきたことは、①保健師が互いに相談し、話し合える雰囲気づくり。②個々の保健師の能力・状況を適正に判断しながらOJTを意識して業務に臨むこと。（特に主査や中堅期保健師には、将来のリーダーとしての期待があり、初任期保健師の支援者としても位置づけている。）③上司に保健師活動の理解を得ること。これは、保健師の人事に意見が反映される職位の

獲得や保健師の増員のためには重要なことであり、保健師のモチベーションの向上につながる。④高岡厚生センター（保健所）に専門職としてのスーパーバイズ機能を求める。⑤統括の立場にある私

自身が学習し、自己研鑽を積むことや各種の情報収集に努め、メンバーに提供することを心がけることの5点である。

図 1

OJT

保健師のありかた検討会 (H18)

- ねらい
 - ・ 保健師活動の課題・方向性等の共有化
 - ・ 若い保健師が自発的に考え、発言できる場の提供
- 主査が中心になり、皆でテーマを決定。
 - ・ 合併後の調整 ・ 母子保健、
 - ・ 特定保健指導 ・ 地域支援事業
- 次年度事業等への反映
 - ・ 保健師による「こんにちは赤ちゃん訪問」・事例検討会
 - ・ 健康づくり担当の係を新設
 - ・ 高齢保健担当業務を高齢介護課へ移管

図 2

OJT

地域診断報告会 (H19～)

- ねらい
 - ・ 地域の健康課題を明確にし、課内で地域の課題解決に向けた合意形成を図る。
 - ・ 健康づくり推進員等による主体的な住民組織活動を進める。
- 実施方法
 - ・ 年2回開催（6月、11月）
 - ・ 課長や事務職など他職種の参加を求める。
 - ・ 地区診断シートを活用する。(H21～)

図 3

OJT

地域診断報告会実施結果

- ・ 地域を視ることを実感し、地域活動を振り返る。
- ・ 担当地域に愛着を感じ、住民との協働が増加。
- ・ 課題の明確化と根拠に基づく優先順位の絞り込みの必要性を再認識。
- ・ 各地域特性や各地域、市の課題の共有化。
- ・ 他職種の保健師活動への理解が深まった。

↳ 保健活動への意欲向上

- 課題 データ収集、データ分析のスキルアップ
保健活動のPDCAサイクルを機能させる。

横須賀市における新任保健師の教育体制について

横須賀市こども育成部こども健康課 濱野 芳江

本市は、神奈川県南東、三浦半島の中央に位置し、平成13年（2001）4月に中核市に移行しました。平成23年4月現在の人口は、423,821人、平成21年の出生数は2,994人、出生率7.1%です。

平成9年の機構改革以降、保健のみならず福祉の分野にも保健師の職域が拡大しました。平成23年4月現在、69名の保健師が、4部、7課で業務を行っています。

今回は保健師が最も多く所属しているこども健康課での新任保健師の教育体制について説明します。こども健康課は、母子保健業務を担っており4つの健康福祉センターを所轄しています。

本市の特徴として、新規採用保健師の最初の配置先は母子保健部門が多いという点があげられます。その理由としては「地域全体を捉える視点の育成」と「ケースワークの習得」という面から、まずは個人や家族、それを取り巻く地域とのつながりが見える母子保健（健康福祉センター）での業務経験が望ましい事、複数の保健師が配置されており指導を受ける機会が多い事等が考えられます。母子保健部門で、基本的ケースワーク力をつけ、地域を俯瞰的に捉えてから、保健所や福祉の専門分野で専門性を発揮していくという考えも根底にあるようです。

こども健康課の新任保健師の研修体制の柱は以下の4点です。

- ①プリセプターが新任保健師の指導を1年受け持つ
- ②研修は人事課の新規採用職員研修と課で計画する研修の2本柱で行う
- ③新人チェックリストで習熟度をチェックする
- ④人材育成としての意味合いを持つチーム会議を毎月実施する

人事課が実施する新規採用職員研修は、主に春と秋に、他の行政職と一緒に行われます。当課で

計画する研修は、5月から6月に児童相談所や療育部門、保育園などでの実習型研修や関連する健康福祉部署での講義形式の研修です。

「新人チェックリスト」は、新任保健師自らが業務の習熟度を確認できるツールです。定期的に新任保健師とプリセプター、健康福祉センター館長等が確認します。

また、本市は人事制度の中に行動評価、目標管理制度を取り入れ、職員の意欲と能力を高めることで組織目標を達成し、市民満足度の向上を目指しています。各自の目標管理シートの進捗状況にあわせて計画的な面接を行っています。それら既存の面接計画も有効活用し、所属長である課長（保健師）は新任保健師とは年4回～5回の面接を実施し、職場や職務への適応状況や本人の思いを直接的に把握します。

「人材育成としての意味合いを持つチーム会議」とは、各健康福祉センターで毎月末に行われるマネジメント会議であり、OJTでもある事例検討会です。従来の母子保健業務は、子育て支援を中心とした母子健全育成が中心で新任保健師が経験を積み重ねやすい状況がありました。しかし、近年は、児童虐待や家族的に問題を抱えるケースなど難支援ケースが多くなり、新任保健師が早くから難支援ケースに取り組む事、それを支えるプリセプターの負担が大きな課題となっていました。そこで地区担当制機能をいかしながら、すべてのケースをチームスタッフで共有する目的で考えられたのがチーム会議です。

毎月月末に、電話や訪問などの当月の支援結果と翌月の支援計画などのマネジメントをチームで共有します。個々の事例検討を通し、課題、アセスメント、支援の方向性と具体的なプラン、時期を決定します。チーム会議そのものを保健師のレベルに応じたスキルアップや、チームワークの強化につなげています。また、チーム会議を通して新任保健師の支援状況や苦手なケースの傾向も

自ずとわかります。どうしたら苦手なケースの支援を克服することができるのかをチームで一緒に考えていく事も可能です。円滑に効率的に仕事を進める上では、周囲と連携を育みつながりを作る事は重要です。職場のリーダーやプリセプターは、新任保健師が日々の業務や毎月のチーム会議を通して「チームワークの重要性」や「連携の必要性」を認識し実践出来るように育成します。

最初は自信がなかった新任保健師も徐々に表情や態度に変化が見えます。新任保健師からは、

- ①ひとつひとつ自分ができることが増えてきて自信に繋がった
- ②支援対象者が変わっていく様子を見て手応えややりがい生まれてきた
- ③先輩保健師のケースワークなど身近に目標があると頑張れる

などの声も聞かれるようになりました。

また、プリセプターにとってもその経験が自分自身にプラスになるように組織全体で支えます。プリセプターを担当した保健師からは、

- ①プリセプターになることで全ての業務を基本から再確認し、仕事への振り返りができた
- ②新任保健師の指導は、プリセプターだけの役割ではなくチーム全体が協力してくれている。一人でやっているわけではないと実感した。

などの声も聞かれました。

新任保健師を育てるためには、共に育ち合う職場づくりが重要です。新任保健師の現任教育がプリセプターを担う中堅保健師の現任教育にもつながり、同時に組織としての課題の解決や目標達成にも繋げる事ができる仕組みづくりが重要です。

本市は、人材育成担当部署も確立されておらず保健師人材育成システムも体系化していません。新任保健師の教育についてもまだ試行錯誤の状態です。今後は、人材育成についてのシステム構築も視野に入れつつ更に丁寧な人づくりに心がけたいと考えます。

<参考文献>

- 1) 職場内における事例検討会 OJTとしての意味合い 森田佳重 平成21年(2009)3月10日保健師ジャーナル第65巻第3号
- 2) 採用面接で行政保健師に求められること 横須賀市の取り組みから 瀧野芳江 平成22年(2010)9月10日保健師ジャーナル第66巻第9号

公衆衛生行政フォーラム

大災害における保健師による公衆衛生活動

日時：平成23年10月20日 午後3時50分から5時40分

場所：秋田県：秋田アトリオン
秋田県秋田市中通2-3-8

概要：大災害時の支援活動は、まず、救急救命活動、医療支援が求められるが、ほぼ同時に地域の環境衛生対策、健康管理等の予防活動、生活支援、そして地域の社会資源の復興支援等の公衆衛生活動が展開される。今回の大震災においては、これらのプロセスがどのように展開されたか、実際の活動から災害時における保健師による公衆衛生活動を捉えなおしてみよう。

座長：平野かよ子（東北大学大学院）、松井通子（千葉県立舞鶴看護専門学校）

発表者：

- ・石巻市の立場から
宮城県石巻市健康部健康推進課 技術課長補佐 伊藤慶子
- ・被災した保健所の活動
宮城県石巻保健所 技術主幹 粕谷裕子
- ・市町村を支援する保健所の活動
宮城県気仙沼保健所 技術主幹 只野里子
- ・県外から支援した保健所の活動
高知県中央東福祉保健所 所長 田上豊資
- ・被災時の保健師活動取材する記者の立場から
朝日新聞科学医療グループ 記者 岩崎賢一

石巻市の立場から

石巻市健康推進課 伊藤 慶子

東日本大震災に際しまして、全国の保健医療関係者の皆さんに多大なご支援をいただきましたことを、この場をおかりして感謝申し上げます。

〈石巻の概況〉

石巻市は平成17年4月1日に地域1市6町が合併し、新石巻市となりました。人口と世帯数は図1に示した通りですが、被災後は約1万人の人口が減少しています。震災の被害は、死者3,273人、行方不明者は717人です。建物の被害としましては、全壊・半壊を含めまして22,603戸でした。

本庁地域の浸水被害ですが、図2の赤く塗ってあるところが全壊地域、津波の被害によって建物の被害が甚大だったところですが、青く塗ってあるところは浸水地域です。石巻市役所も1階の1.5メートルぐらいが浸水しましたので、孤立した状態にあったというのは石巻保健所と同様です。

図3は沿岸の雄勝地区です。山合いの入り江にある集落の様子ですが、津波が入り江にあたり、ずっと奥まで入り、公民館の2階の上にバスが乗り上げる程の津波を受けました。

〈発災後の保健師の活動〉

石巻市には44名の保健師がいますが、合併してから旧町を総合支所とし、本庁とそれぞれの総合

支所に保健師を配置しています。発災後の保健師の活動を表1と表2に時系列で示しました。保健師は地震直後から避難所での支援活動を始めました。石巻市役所も避難所になりましたので、市役所も含めて6カ所の避難所に保健師をまず配置しました。停電、断水、通信遮断、システムも使えない、食料がない、外は雪がちらつき寒い、避難者は続々詰めかけてくる、自動車は水没し動けない、情報がない、総合支所とも連絡がとれない、といった状況の中で、それぞれの配置先で保健師は自分で判断し、支援活動を続けました。

3月11日、市役所には300人を超える周辺住民が避難してきました。避難者はぬれて低体温症と怪我、関節痛の訴えが多かったです。13日、市内

図1 石巻市についての紹介

◆平成17年4月1日
石巻地域1市6町が合併
(新)石巻市誕生

	平成23年2月末	平成23年7月末
人口	162,822	154,306
世帯数	60,926	58,295



図2 石巻市の浸水被害

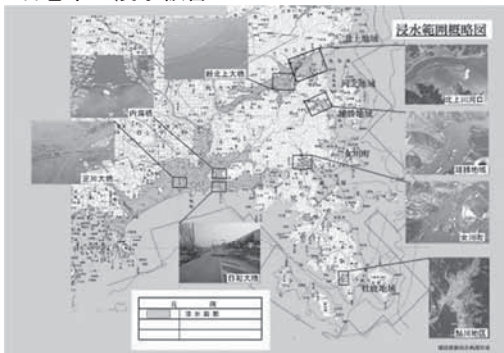


図3 沿岸部の雄勝地域の集落



表1 保健師の活動(避難所を中心に)

月 日	主な活動
3月11日～	地震直後から避難所6箇所へ保健師派遣、市役所にも約300人の周辺住民が避難、避難所となる 通信手段のないまま、それぞれ活動（避難者は、凍れて低体温症、けが、関節痛の訴えが多い）
3月13日～	避難者の実態把握(情報収集)のため避難所巡回開始、感染症及びエコノミー症候群の予防チラシ配布 避難所の環境及び避難者の状況を本部へ情報提供、宮城県へ保健師の支援要請
3月15日	県外派遣保健師 第1陣(2チーム)到着、避難所巡回健康相談活動開始
3月16日～	日赤医療救護班の避難所巡回診療に同行
3月18日～	県外支援チーム増加、保健所から支援職員派遣、心のケアチーム活動開始(3・4月中は8チーム) 要介護状態の避難者の福祉避難所へ案内開始
3月22日	避難所での感染予防(ロウウイルス)対策（必要物品を各避難所へ配布、使用方法説明）
3月24日	日本看護協会から避難所への巡回派遣開始
3月30日	きめ細かな避難者対応をするため、医療チームに対応したエリア担当にし、エリアごとの巡回(避難所及び在宅) 健康推進課では情報共有のために、スタッフ全検単一ミーティング開始（県外派遣保健師を含め）

表2 保健師の活動(通常業務開始、仮設住宅の住民の健康支援)

月 日	主な活動
3月30日～6月7日	在宅被災者の訪問健康調査開始(全戸訪問)
4月6日	母子保健事業(新生児訪問)開始 避難所で深部静脈血栓検査実施(運動機能低下の患者多数)
4月18日～	二次避難意向面接(医療関係)
4月22日	保健活動プロジェクト会議(保健活動の進め方について)リーダー、他県代表、保健師 避難所の弁当夕食開始(炊き出し未実施避難所11,000食、25日全避難所17,000食)
4月29日	養生福祉避難所見入れ開始 救護チームと保健師アセスメント、避難所を回り、設備
6月1日～	乳幼児健診開始 (休止の3・4・5月分も6・7・8月対象に)
6月8日～	仮設住宅入居者の健康調査開始 (仮設住宅棟数 7,298戸 仮設住宅世帯数 131世帯)
	仮設住宅健康相談会(茶話会)事業開始
8月	情報ボランティアグループ活動再開(9月から仮設住宅集会所で定例化)

各所の避難所の実態把握のために、避難所巡回を開始し、感染症予防及びエコノミー症候群予防を行いました。避難所の環境及び避難者の状況から、石巻市の保健師だけでは対応できないと判断し、宮城県へ保健師の支援要請をしました。15日には、県外から派遣保健師の第一陣が入り、一緒に避難所の巡回健康相談を始めました。

16日に日赤の医療救護班の避難所巡回診療も始まり、保健師は医療救護班に同行し、道案内役も果たしました。18日になって石巻保健所の支援職員が派遣され、一緒に対応しました。また、心のケアチームもこの頃から派遣され、3月、4月には8チームが活動しました。

また、このころより要介護状態の避難者を福祉避難所へ集約することを始めました。

22日、避難所で下痢・嘔吐の症状を示す方が多くなり、感染症対策に入りました。

3月末になってきますと、大分落ち着いて活動も見えてきました。それまで医療チームと保健チームは別々に活動をしていたのですが、保健師も医療チームのエリアに合わせてエリア単位で活動を開始しました。エリアごとに医療と保健の連絡がとれ、きめ細かな対応もできるようになりました。また、市全体と保健師全体の活動を共有したほうが派遣保健師も活動しやすいということで、スタッフ全体での朝ミーティングと週1回合同ミーティングを始めています。

このころの避難所は、みんなそれぞれ自分の毛布を敷きつめて寝る場所を確保するのが精一杯で、通路もない状況にありました。そのために、避難者の方の中には、「トイレに行くのが遠くて歩け

ない。」「歩いていくと転びそうだ」「食べないようにしてトイレに行かないようにしている」というような方たちも目立ってきていました。そういった状況をミーティングの中で把握しました。

派遣保健師数は、3月は8チームでしたが、4月には最大で17チームになりました。その後減っていきましたが、10月末までに延べ3,609人の協力をいただく予定です。当初、派遣保健師には避難所を中心とした健康相談活動をお願いし、その後、全戸訪問の健康調査をお願いしました。内陸の住宅には沿岸部の避難者を受け入れている家庭も多く、いろいろな問題が起きているということがわかり、最終的には内陸部も含めて、全部の全戸訪問を、3月末から6月7日までかけて行いました。

4月6日には、新生児訪問を開始しています。これは出産を取り扱う医療機関が被災したためお産は日赤病院に集中し、日赤病院では1週間も入院させられず、3日で退院させる状況となり、新生児訪問でフォローしました。8日ごろから保健師は二次避難の意向面接調査を仕事として始めました。

22日になって、もう少し保健活動の進め方の計画を立てようということになり、保健師のリーダーと他県の代表、特に災害を経験した兵庫県とか石川県、そして保健所の支援をいただいて「保健活動プロジェクト会議」を開催、今後の保健活動の計画を立てることができました。

それまで避難所の食事は朝はパンとおにぎり、そのパンも菓子パンが多くて、栄養の偏りもありました。食事を担当している課と調整して、夕食

だけでも、お弁当をとということになり、22日から夕食だけですがお弁当が配られるようになりました。

〈仮設住宅への支援〉



4月の末には仮設住宅の入居が始まり、避難所は閉じる方針としましたが、住民は「避難所でのコミュニティができていいる」とか「まだ地元で行方不明の家族を探したい」等でなかなか収束できませんでした。

6月からは仮設住宅入居者の健康調査を開始しました。この調査も派遣保健師にお願いしています。

仮設住宅建設戸数は、石巻市全体として7,298戸、団地数は131団地です。被災した地域だけで仮設住宅を建設できず、内陸部のずっと入った山の上にも建てたため、当たったけれども、周りに店もなければ、医療機関もない、そこからお店に行くのにも車がないと行けないという状況で、入居が進みませんでした。

沿岸部では、漁業をやっていくために、どうしても今まで住んでいる近くの高台に仮設を確保する方向で進みました。しかし、本庁地区はほとんどが抽選で入るために、「隣の人がどういう人なのかもわからない」「今までだと近所の人とお茶を飲んだりできたけど、部屋が狭くて招き入れることもできない」というような状況が見えてきました。各仮設団地の中に集会所をつくり、そこを拠点にして市立病院の看護師を中心にして保健師も入って健康相談会をしながらコミュニティづくりをしていきたいと考えています。また、進めて

いる全戸調査に、今までの町内で何か役をしていたかどうか、仮設住宅のほうでのお世話役をしてもいいかなどの項目も入れ、自治会づくりを働きかけています。

8月には前からつくっていた傾聴ボランティアグループも、自分たちで始めたいということで、仮設住宅の中で活動を始めています。

〈まとめ〉

これまでの活動を通して感じていることは、「日常的に保健・医療・介護の関係機関とは、お互いに顔が見える活動をし、連携していることが必要だ。」ということです。石巻市の場合、保健師は業務担当と地区担当を併用していましたが、地区担当があったために、それぞれの地域で地域包括支援センターや医療機関ともうまく連携できたと思っています。

今後の課題としては、地域のアパートや県内のその他のアパート等の賃貸仮設に入っている方たちへの対応です。また、これから自宅に戻ってきている方たちもおりますので、その方たちの健康支援です。

これで、石巻市の活動の報告を終わりとさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

被災した保健所の活動

宮城県石巻保健所 粕谷 祐子

今回の東日本大震災では、石巻保健所管内すべての市町が甚大な被害を受け、同時に保健所も被災しながら保健活動を行ってきた。被災地の保健所での保健活動を被災直後の混乱期から、地域保健活動を軌道に乗せるまでの状況を報告する。

地震直後、老朽化した庁舎は危険と判断しすぐに外に避難したところ、近隣住民が次々と避難し集まってきた。雪が降ってきた為に倉庫から毛布を出し、駐車場にテントを設営し住民を誘導。間もなく防災無線からサイレンと大津波警報のアナウンスが入った。「線路を越して水が上がってきた」との住民の声で、急いで5階建ての合同庁舎へ住民を誘導。

合同庁舎の4階、5階の会議室はたちまち300人の避難所が変わった。私たちは24時間態勢で住民への対応に当たった。避難者みんなが横になれるスペースはなく、ほとんどの方に椅子に座りながら仮眠をとって貰った。外部との通信が全く途絶え、聞こえてくるのはヘリコプターと救急車両の音だけ。唯一ラジオから流れるアナウンスだけが情報として入り、そこで初めて被害の甚大さを知った。事務所内キャビネットは転倒し、書類は散乱。徐々に周りの水位が増し、保健所棟1階は水没。自家発電機もすぐにダウン。電話もインターネットも防災用携帯電話も全て繋がらず、外部との連絡・通信が全くとれなくなった。

避難住民を合同庁舎に誘導後、すぐに保健師が集まり、活動体制を話し合った。そして、避難者への対応を、体調の悪い方のための救護室と犬を連れて避難してきた方が多かったので、ペット同伴者用の部屋、そしてその他の一般避難者用の部屋に分けた。

保健所長が教護室に常駐し、司令塔となり、保健師をそれぞれの部屋に配置する体制をとった。保健所長の指示のもと、避難者への応急処置を行った。

2日目に入っても水が引かない状況がわかると、だれもが長期戦を覚悟した。理学療法士は狭い避

難スペースとわずかな水分補給の状況を危惧し、エコノミークラス症候群の予防対策として、時折、避難者に体操を促した。女性事務職員は子ども達の不安を少しでも和らげようと、紙を切って折り紙やお絵かき遊びをした。他の職員も懐中電灯で夜間のトイレ誘導等、避難住民の安全と生命をいかに守るか、みんなの気持ちは一つになっていた。

4日間の中で、救護室で対応した状況は、消毒やシップ等の処置を行った方が10名、薬の処方も行った方が32名、水の中を漕いで低体温の状態であられた方への対応が22名だった。そして応急手当てが済んだ後、高齢者や妊産婦、子どもたちの健康状態が気になり、各部屋毎避難住民の健康状況の聞き取り調査を行ったら、病院への搬送が必要な住民が多いことがわかった（人工透析や酸素吸入等必要な方、切迫流産の妊婦、慢性疾患で治療中だったが薬を所持せず避難してきた方等）。

幸い2日目の夜に自衛隊の救助ボートがやって来たおかげで、救助要請ができた。その日の夜中に、懐中電灯をつけながら保健所長と救助者の優先順位を決め、翌3日目に防災ヘリで人工透析患者3名と酸素吸入患者1名を日赤病院へ搬送、次いで自衛隊の救助ボートで妊婦や乳幼児、その他の病人の方々を搬送した。

3日目になると、売店に残っていたペットボトルの水も底をついた。合同庁舎は避難所ではないため、備蓄食料はほとんど無い。売店の在庫のあめやお菓子を配りしおいできたが、明らかに足りない。先が見えない不安もあり、避難者からは「何か食べ物はないのか」と不満の声も出始めた。みんなの疲労の色は隠せない。飲料水だけでも何とか確保するために、受水槽の水のくみ取り作戦が行われた。手作りいかだで何とか受水槽まで漕ぎ、やかん、ロープ、つるべなどを使い、何とか飲料水を確保、ちょっとひと安心の瞬間だった。

しかし、度重なる強い余震で、古びた合同庁舎は廊下の天井等所々崩れ、住民が避難している会

議室も天井の一部も?れかけていた。建物がどこまでもつのか、このままでは危険ということで、3月13日深夜に、翌日全員脱出させるという方針が決定された。

自衛隊と連絡をとり、翌日の3月14日早朝から自衛隊のボートでの救出活動が始まる。5～6人ぐらいつつのピストン輸送で、朝6時から夕方6時までかかり、全員無事脱出することが出来た。

合同庁舎からの脱出活動をしている最中に、精神保健福祉法24条警察官通報が2件入り、その対応も余儀なくされた。これはその時対応した保健師の手記である。「先発隊で合同庁舎を脱出し、当面の仮事務所の交渉に当たる為、同じ県の事務所である東部下水道事務所に身を置いていたところに、突然パトカーが1台とまり、精神関係のことなので、とにかく保健師が乗るようと言われた。電話も通じない、関係書類もない、何もない状況の中で、でもやるしかないと思い、24条通報が2件です。合同庁舎から保健所長と精神担当保健師1名、先に脱出してきてくださいとメモ書きを残し、船着場にいる自衛隊に渡し、パトカーに乗せられて警察署に向かった」。関係機関の協力を得て何とか対応した事案だった。

合同庁舎脱出後の3月15日から、石巻保健所は東部下水道事務所を当面の仮事務所とし業務を再開した。まずは管内市町の状況がどうなっているのかが心配で、保健師と事務職員のペアで、管内3カ所の市町に5泊6日で支援に入った。上司からは「保健活動のコーディネーターとして動いてきなさい」と指令が出されたが、すぐにそんなことはできなかった。市町がどんな状況になっているのか、状況把握と今何が必要なかを毎日事務所に連絡を入れ、市町保健師とともに避難住民の対応に当たった。

このときの保健所の事務所の状況は、机はなく、わずかな事務用品とパソコンが2～3台、災害用携帯電話が2台あっただけである。事務所機能の再開に向けて職員が寝泊まりし、市町村支援に入った職員からの連絡を受け、情報収集や県庁への連絡に当たった。しかし、外部からの支援がなかなか入ってこない為、事務所長が県庁に出向き、人の応援や活動するための車の調達、防災無線や衛星携帯電話の確保などに奔走せざるをえなかった。

県庁と被災地との認識の温度差が大きいという問題が見えた為、保健所の事務職員を連絡係として県庁内に配置するという体制をとり、事務所機能再開と市町支援に取り組んだ。

その後、東部下水道事務所の業務再開の都合から、保健所では再度事務所の移転を余儀なくされ、3月23日から、今度は石巻西高等学校への引っ越しが行われた。そして、この時期に（震災後13日目）保健所にもようやく県内保健師の応援が入り、本格的に保健活動が開始された。保健師が一堂に集まって保健活動ミーティングを行い、市町ごとの情報共有ができるようになった。外からの応援が入ったことで、県や国が今どのように動いているのか等、色々情報が入ってきた事がこの時の強い印象だった。又ミーティングの中で、石巻市が旧市内の対応で精一杯であり、雄勝・北上・牡鹿など、被害の大きな総合支所を抱えながらも、手がまわらない状況にあったこと等が見え、保健所の役割や市町への入り方等を考えることができるようになった。

このようにして災害直後の混乱した状況から、外部の支援をもらい、何とか保健活動の立て直しを図ってきた。

今、改めて当時の状況を振り返って思うことは、まず被害が大きい所ほど、通信手段も絶たれ、SOSも出せない状況に陥る。大災害の時は、要請を待つのではなく被災地にまず人的支援を送ることが重要だと思った。2つ目は、災害時は特に公衆衛生の視点や技術が求められること。個人の疾病管理だけでなく、置かれている状況を踏まえて、起こりうるリスク管理が必要となる。普段の縦割り業務の中でもしっかり公衆衛生の視点を持って活動していないと、いざというときアンテナを立てることができないことを実感した。3つ目は、被災地への支援として、手足となるマンパワーの支援の他に、活動の企画調整をサポートしてくれる支援も必要であること。4つ目は、災害時のように精神的にゆとりの無い時ほど普段のことが露呈される。普段から、市町村から期待される保健所であらねばならないということを改めて実感した。

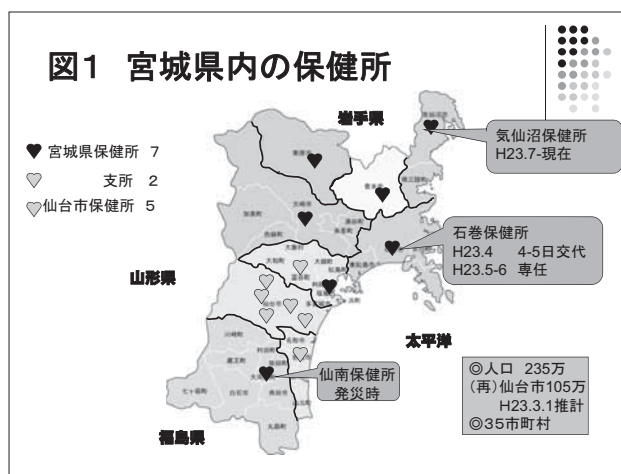
最後に、この震災で県内外から多くの方々のご支援をいただきましたことを、この場をかりて感謝申し上げたい。

市町村を支援する保健所の活動

宮城県気仙沼保健所 只野 里子

3月11日の東日本大震災では、人口235万人の宮城県は、全域が被災した。

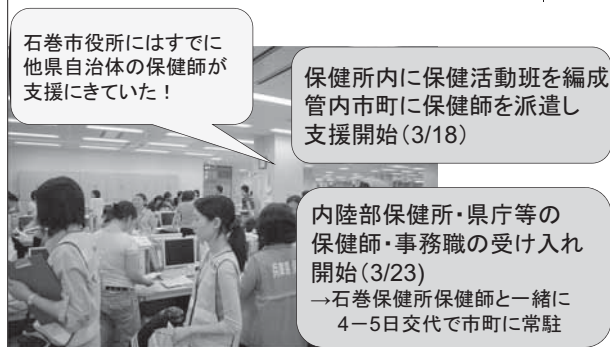
発災時直後、所属していた内陸部の福島県境の県仙南保健所管内には、地元住民に加え、周辺沿岸部の傷病者や福島県の原因周辺地域住民が多く避難していた。ライフラインの回復とともに、内陸部の避難者が減少した3月下旬、県は、沿岸部保健所に内陸部保健所の保健師派遣を開始した。ここでは、津波被害が甚大だった石巻市の保健活動支援について、発災時には、内陸の保健所に所属していた保健師の視点で、県石巻保健所に応援保健師として交代で支援した4月の状況と、同保健所に所属し市役所に常駐して支援した5～6月の状況について報告する。所属保健所の県内の位置は、図1のとおりである。



石巻保健所は、石巻市、東松島市、女川町の2市1町を管轄し、人口は約21万人、県人口の約1割を占め、高齢化率は26.3%、水産業が産業の中心の地域だ。今回の震災では、石巻保健所管内の被害は大きく、県内の全死亡者の50.8%、行方不明者は58.4%を占める。津波被害は広範囲にわたり、石巻保健所、石巻市役所は1階部分が水没し、女川町役場は流失した。

宮城県災害時保健活動マニュアルでは、管轄保健所から各市町村にコーディネーター保健師を派

図2 石巻保健所の市町保健活動支援体制(3/11-4/29)



遣し、情報収集、災害保健活動計画策定支援、専門職派遣調整、保健所の窓口としての活動させることになっている。図2のとおり、水没した石巻保健所が、管内市町の保健活動支援のために保健師派遣を開始したのは、発災生から1週間後の3月18日。石巻市では、既に、3月15日から他県自治体の保健活動チームの受け入れが始まっていた。保健所が内陸部の県保健師・事務職の受け入れを開始したのは、さらに5日後の23日で、内陸からの応援保健師は石巻保健所保健師とペアで、4～5日交代で市町支援に入った。業務内容は情報収集と保健活動のコーディネートで、4月の応援時は、石巻市の本庁に地元保健所保健師とペアで常駐した。市では、被災が広範囲で、6カ所の総合支所との連絡が困難な状況になっており、県保健師が支所を巡回し、市の本庁と情報をつないだ。

県保健師が交代制で石巻市に常駐し始めたころの市保健師は、被災地区や避難所を巡回している医療救護チームや保健活動チーム等といった支援者や、住民から持ち込まれる様々な問題対応に追われていた。最前線で活動する保健医療関係者には、健康問題以外の行政要望も入ってきていた。また、被害が甚大だったことで、多くの支援者が多様な活動をしており、日々、状況が変わることから、市保健師は1日不在にすると、何が起こっ

図3 内陸部保健所等の県保健師が4-5日交代で支援活動(3/23-4/30)

保健師の声(被災後1ヶ月頃)

市保健師

・一生懸命しているが、何をやっているか自分でもわからなくなる。

【県の支援に対し】
・県保健師と一緒にいてくれるのは心強い。

(一方で)

・県や保健所の動きがみえにくい。
・県保健師が短期間で交代するのは方針の継続性が担保されない。

内陸部からの県の応援保健師

・地元保健所の方針が不明。
・地元保健所職員は疲弊しているから、意見をしにくい。

地元保健所保健師

・応援がきてくれて休みがとれる。毎回の受け入れの調整が大変。
・既存情報は流され、通信は困難で、情報が不足している。県や国の支援情報がよくわからない。

ているかわからなくなると話していた。ましてや、4～5日で交代してしまう県保健師は、やっと状況がつかめそうなところで担当が変わるという状態だった。

図3は、被災後、おおむね1カ月頃の4月に石巻市に常駐した際の、それぞれの立場の保健師の声だ。市保健師からは、「一生懸命しているが、何をやっているかわからなくなる。」と、ベテラン保健師からも言われ、大変な状況であることを認識した。県保健師の支援に対しては、「一緒にいてくれるのは心強い。」しかし、一方で、「県や保健所の動きが見えにくい。」「県保健師が短期間の交代は、方針が継続されず困る。」ということも話された。同じ時期の、私のような応援の県保健師は「地元保健所の方針が見えない。」「地元保健所職員は疲弊しているから、意見はできない。」地元保健所の保健師は、「応援が来てくれて、休めるようになった。でも、受け入れ調整は大変。」「既存情報は流され、通信困難で情報不足。県や国の支援情報がわからない。」

振り返ってみると、地元保健所は正常に機能できるような状況ではなく、内陸からの応援保健師は地元の保健所の方針が見えないと感じており、地元保健所が元気であればこそできるようなことを期待し、支援先である市の課題解決にまで介入できていなかった。

そこで、石巻保健所は県庁に要請し、5月から保健師を3名増員し、管内市町支援専任の保健師を配置した。ローテーションしないで、各市町に担当として位置づけ、地元保健所保健師と増員した保健師とペアで支援を開始した。私は、この時は、交代要員ではなく、専任で石巻市役所本庁に

継続的に常駐した。

5月は地元保健所保健師と2名で活動、6月は単独で支援している。また、石巻保健所では、他自治体から約1週間交代で公衆衛生医の支援が入っており、一緒に本庁に常駐し、相談し支援をした。支所の巡回についても、固定の担当保健師が実施するという体制をとり、市の本庁と支所の情報共有のための支援は継続した。市の担当を固定し常駐したことから、市側は保健活動の相談相手、窓口が明確になり、保健所側は住民や支援者からの情報がタイムリーに入り、見えにくかった具体的な課題が見えてきた。

市担当を固定し常駐したことで見えてきた被災後おおむね2～3カ月目に当たる5～6月は、多くの被災者がまだ避難所で生活しており、一部が仮設住宅に移動し始めている時期である。①住民の全戸調査により、問題が少ないと考えた内陸地区には、津波で住居を失った要援護者の多くが縁故避難しており、受け入れ家族が困窮していた。②一次避難所から市街の温泉地へ二次避難が開始され、二次避難先自治体と保健医療サービスの継続のための調整が必要となった。③国から仮設住宅の集会所等を活用したサポートセンターのイメージが示されたが、子ども、高齢者、障害者支援、コミュニティづくりと、多機能が想定されており、課を超えた横断的な検討が必要になった。④母子保健では、休止した乳幼児健診再開に向けて、子どもの心の問題のスクリーニングやフォローアップの検討が必要になった。⑤高齢者支援では、長期化した避難所生活による身体機能低下の問題があがり、活動性を高める支援や、見守りレベルの高齢者の生活機能低下防止に重点を置いた新たな福祉避難所の設置が必要になった。⑥栄養対策では、食を確保する段階から、徐々に野菜不足など、栄養バランスの問題が明確化してきた。⑦歯科保健では、避難所生活での、甘い間食の配給が続き、口腔環境悪化が懸念された。⑧精神保健では、長引く避難所生活の中で精神疾患を持つ方やアルコール問題が目立ち、避難所を巡回している医療救護チームと心のケアチームの連携方策の検討が必要となった。仮設住宅では、自殺リスクの高まりメンタルを意識した健康調査の検討が必要になった。⑨感染症環境対策では、瓦れき等の粉じんの影響

による呼吸器症状の多発や、気温上昇による害虫や悪臭の発生、食中毒リスクが高まった。

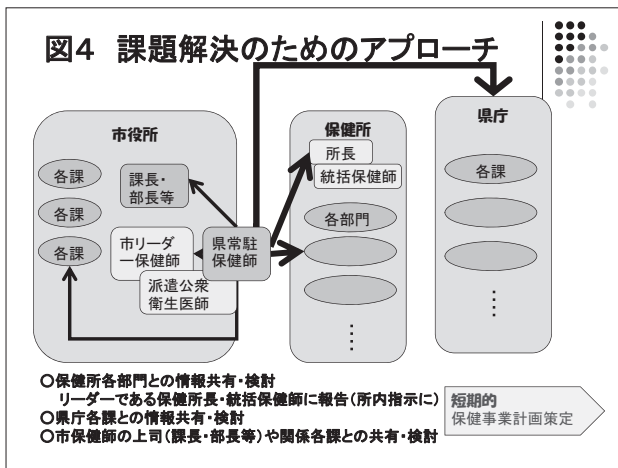
課題解決のため心がけたのは（図4参照）、常駐してキャッチした情報をタイムリーに保健所内の各部門につなぐことで、毎日の所内ミーティングに参加し、課題を担当する各部門と解決策の検討をした。特に、保健活動のリーダーである保健所長や統括保健師には関係各部門への指示に反映してもらうために、理解を得ておくことが重要で、派遣されていた公衆衛生医と連携し報告した。また、石巻保健所は活動拠点を失ったことにより、県庁と情報共有が不十分で、市でとらえた課題解決のために必要な情報は、県庁各課に直接連絡して確認をとり、地元保健所にフィードバックした。

前述したとおり、災害時の健康課題は、行政機関では複数の課の横断的な対応が必要な事項も多く、市役所に常駐していることから、比較的容易に、市保健師の上司や関係各課に直接働きかけることができた。また、健康課題や保健事業の方向性を関係者間で共有するために、短期的保健事業計画を市の保健活動担当者と策定した。

今回、市に継続的に常駐し、市保健師と一緒に考え、一緒に行動したことで、市の視点に立って、県の持つ情報を提供できた。また、県保健所が持つ広域的情報と、市に集まる住民に密着した情報が、現場の実態を踏まえ共有でき、必要な県の支援につなげられた。日常的な情報共有の積み重ねから、短期的な保健事業計画を一緒に考えやすく、計画策定にしたことにより、優先度を考慮し、関係者間の方針や具体策の共有が進んだ。

災害時保健活動支援で、常駐し支援する際に役立つことは、過去に石巻保健所で勤務経験があっ

たことで、被災地の土地勘があり、市保健師と顔が繋がっていたこと。また、県庁や保健所の各部署の災害対策の一定の情報を持っていたことだった。このことから、県レベルでは県保健師の勤務経験を、地域別、あるいは横断的な業務経験の有無などから、市町村の災害保健活動の初動期を支える適切な市町村担当者を事前に決めておくことが必要ではないかと思う。県型保健所では業務分担制が基本だが、多岐に渡る健康課題の解決能力や、総合的に地域を見る力の向上のために、平常時から、市町村（地区）担当制の導入を検討していく必要があると感じた。今後、今回の支援経過を検証した上で、災害医療関係者とのネットワークを持つ保健師の災害コーディネーターの養成の検討が必要と考える。さらに、今まで災害時保健活動というと、市町村支援をすることが主だったが、被災市町村の保健活動をバックアップする、健康危機管理の専門機関である県保健所機能を支援する体制づくりが必要だと感じた。



県外から支援した保健所の活動

高知県中央東保健所 田上 豊資

私は公衆衛生医師の立場から南三陸町の支援で学んだことを2点お話ししたいと思います。1点目は、高知県が公衆衛生医師を派遣したこと。2点目は、その経験を通して、また支援保健師から聞いたことを踏まえて、特に初動期の体制について私なりに考察したことをお話させていただきます。

18日、本県の保健師が最初に入った時、インフラが壊滅し、情報がない、活動拠点が無い。司令塔が不在で、阪神・淡路、中越の支援経験が通用しない。「所長、助けて！」というSOSが私に飛んでまいりました。直ちに保健所長会を開き、保健師等の「等」として医師の派遣を決定しました。その後、厚労省の公衆衛生医師派遣要請を受けまして、4月末までの継続派遣を決定し、5月以降は香川県さんにもご協力いただいて、5月25日まで派遣しました。保健師は、高知県から63チーム、126名を派遣しております。

南三陸町への人材派遣

- ・ **公衆衛生医師 (3/20~5/25)**
 - 延べ14名
 - 高知県8名、高知市保健所2名、香川県4名

- ・ **保健師等 (3/17~9/31)**
 - 高知県・市
 - ・ 県・市町村合同チーム 52チーム
 - ・ 高知市保健所チーム 11チーム
 - 高知市保健所単独は、5/13で終了
 - 合計63チーム 保健師126名を派遣
 - その他
 - ・ 香川県、松山市、熊本県・市、兵庫県、宮城県

継続性
を重視

最初に派遣した医師のミッションは3つです。1つ目は、現地の情報を収集し公衆衛生医師の継続派遣要請を確認すること。2つ目は、町の保健活動体制確立の支援で医療統括本部と心のケアチームの指揮下にありました町の保健師さんを独立させる助言と、気仙沼保健所による全面的な支援の確認です。3つ目は、沢山入っていました派遣保健師間の連携強化、地区分担制の導入です。さす

が兵庫県さんでテントを持って来られ全く拠点が無い中でとても有難いものでした。

私が行ったのは4月1日から5日で、実施したことは仮庁舎内に居場所を確保したことと、感染性胃腸炎の封じ込め対策の2点でございます。仮庁舎の保健福祉課に、町の保健師さん達とともに、気仙沼保健所の保健師さん、それから宮城県の保健師さん方がおられ、その中に医師の指定席を確保させていただきました。また、医療統括本部の医師から、ノロの感染防止対策のSOSが入り、すぐ症例定義をつくり、医療支援チームに医療統括本部経由で症例報告することを依頼しました。そして避難民への周知として、一般用と食品取扱者用のチラシをつくり、仮設トイレ等に貼りました。観察すると、手指消毒は不徹底でしたので、避難所で実技指導を行うチームもつくりました。大学等の調査研究チームと町との間の調整もしました。

この時に思いましたのは、医療との連携調整は、平時も有時も分野を問わず、公衆衛生医師の重要な役割であるということです。もともと10人強の医師しかいなかったところに、50人前後の医師が殺到しておりました。(ウルトラマンの集団とアンパンマンの絵を見せながら)ウルトラマン(臨床医)と対等で物を言えるアンパンマン(公衆衛生医)が頑張らなきゃいけませんね。

次に、阪神淡路や中越とどう違ったのかということです。自治体が直接被害を受け、通信・移動ができなくなり、指揮命令系統が混乱し、拠点を失い、個人台帳がなくなった。県域を超えた同時多発災害だったために、県庁による指揮命令が機能不全になり、県外からの支援も遅れた。さらに、津波被害が主であったため、医療ニーズがいきなり慢性期になった。そのため供給過剰になった医療チームが避難所のニーズ把握や予防活動をするようになった。この時に、ウルトラマン(臨床医)との調整に保健師さん方は、大変ご苦労されたと思います。そして、津波による壊滅的な被害がイ



ンフラ復旧の遅れと避難生活の長期化をもたらしたことです。

すごいなと思ったことは、住民同士のつながり、住民組織の素晴らしさです。このことは地域保健活動の原点でもあると思います。

被災地は「戦場」そのものでした。市町村は目の前に飛んでくる弾への応戦で精一杯で、先の事を考えるゆとりがない。そんな中で最初に必要なのは、速やかに司令塔、参謀本部といった指揮命令系統をつくること。市町村は集まれた者の中で、司令塔、コーディネーターを速やかに決める。保健所は、安全確保をしながら速やかに先遣隊を送り、現地が発信できないSOS情報を把握する。その際には通信手段等の自己完結型の装備を持って入る必要があります。そして、司令塔を支援する者として、できるだけ地元情報に明るいものを常駐させること。先ほどの只野さんのような保健師さんが早い段階で常駐する形で入ることがとても大事だと思います。それから、県本庁、県外でございしますが、とにかく求めに応じてでは遅れるので速やかに支援すること。兵隊の支援だけではなく、司令塔も支援する。武器・弾薬を作る部隊や偵察隊、通信隊、後方支援隊といった強力な部隊編成をすること。こうしたことは自衛隊の組織に学ぶべきだと思います。さらに、市町村支援だけではなく、保健所への支援も要る。このことも只野さんが言われた通りでございします。

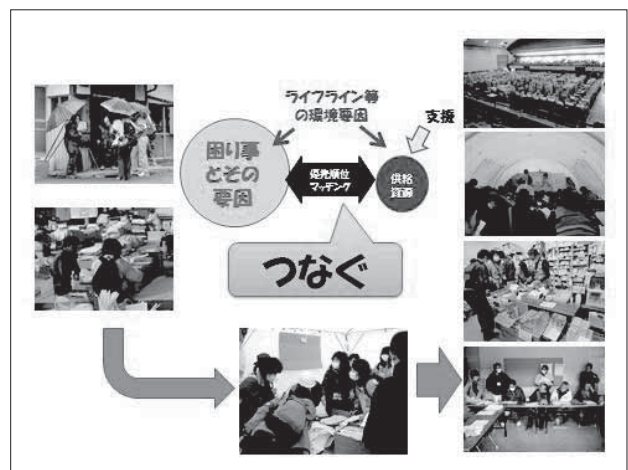
それから、災害対応は臨機応変、平時対応の応用問題の連続でございします。平時にできないことは有事にできない。これは皆さんが確認したことかと思ひます。そして公衆衛生の原点も確認できました。「見る、つなぐ、動かす」、これがやはり

基本だと思います。サービス提供者として抱え込むのではなくて、必要なリソースにつなぐ。住民力を生かす。環境改善をする。これが基本中の基本かと思ひます。今回の災害に学んで、平常の活動をどう見直すかといったことも大きな宿題ではないかと思ひます。

平時も、災害時も、とにかく全体を「見て、つないで、動かす」公衆衛生の基本は同じかと思ひます。医療は、どんなスーパーマンでも保健や福祉のこと、暮らしのことも含めた全体を見ることはできません。全体が見えているのが私ども公衆衛生のプロフェッションだと思ひております。

有事には住民の困り事、ニーズが急に拡大して、供給資源が急に小さくなります。この全体像を把握することが大事です。ローラー作戦でニーズを把握することは見事にやっておられました。保健師さん方、本当に素晴らしいなと感動しながら見ておりました。一方で、支援に入った保健師さん方から、把握したニーズにどう対応しているのか、土地勘がないのでリソース情報がわからなくて困ったとの話を聞きました。人・もの・情報・お金といったリソース情報、資源情報をしっかり把握して、必要なニーズ、特に優先的なニーズにどのように割り振るのか。この段階が「つなぐ」ことになるわけです。この全体を見て、つないで、動かす司令塔、コーディネーターの存在が極めて大事かと思ひます。この辺の仕組みづくりが今後の大きな課題かと思ひます。

改めて思ひましたのは、地域保健法以降、縦割り業務分担に偏ったことの弱み、また公衆衛生の専門性が分野別の専門性に偏り過ぎたことの揺らぎがあったのではないかということです。



最後に、気仙沼保健所の西条所長さんの大変なご理解があって入れました。南三陸町の高橋保健師さんなどは、本当に素晴らしい活躍をされていました。私も現地の方々とやっとなれた頃に交替になり、後ろ髪を引かれる思いで帰りました。もっと長い期間いるべきだったと思います。沢山のことを学ばせていただいたことに、改めて感謝を申し上げます。

被災時の保健師活動取材する記者の立場から

朝日新聞科学医療グループ 岩崎 賢一

医療チームと同様に、保健師チームも岩手、宮城、福島の3県に多く派遣されました。ただ、その数は県によってばらつきがあります。岩手県は約80チーム、宮城県は約120チーム、福島県は約30チーム。これだけの支援の濃淡が現実にあります。現在は、一部自治体間で継続支援が行われています。

別な見方として、4月上旬の避難者数に対して、市町村の保健師が何名いるのか。これを調べると、1,000人以上の避難者を抱えている市町村は、大槌、陸前高田、南三陸、浪江、双葉、大熊、富岡、楡葉、広野の9市町あります。応援の保健師が入ったり、医療チームが入ったりしているので、実質的には負担はもっと軽いかもかもしれませんが、地元の保健師さんだけでは、被災者の健康を守るのはとても過重負担だということです。手の届きにくい、見えない被災者の存在もあります。ただ、このときに考える必要があるのは、どこからどこまで被災者なのか、避難者なのか、支援が必要なのか、という点です。支援はいつまで必要なのかという問題も出てきます。これは時間とともに変化していきます。

5月下旬から6月上旬、3県の市町村保健センターを中心に調べると、被災地だけの健康調査をやっているところもあれば、全戸訪問をやっているところもありますし、避難所で書き込んでもらった人、申し出てた人だけを調査しているところもあります。継続的なフォローも、自治体の判断によって濃淡があるのが現実です。

避難所も小さい中央公民館で被災直後から地元の人が炊き出しして、温かいものを食べているところもあれば、大きなアリーナでおにぎりの配給だったところもあります。環境も違うし、被災者の健康状況も違います。

もう一つ考えないといけない問題があります。例えば福島県浪江町。町民は2万1,000人ですが、警戒区域や計画的避難区域の中に入っているの

で、役場は二本松市にあります。岩手や宮城は、地元自治体の中に仮設住宅をつくるケースが多いですが、浪江町の仮設住宅は5市町、28カ所に分かれています。2万1,000人のうち、仮設住宅でカバーしているのは4,600人だけ。借上住宅のみなし仮設もあります。県内48市町村、県外43都道府県に、1万6,600人が分散しています。とても浪江町の保健師さんだけでカバーし切れないわけです。福島が顕著ですが、3県で共通した問題だと思います。

もう一つは、この仕事は保健部門が対応すべきなのか、介護部門なのか、という点です。例えば、南相馬市原町区や広野町で、避難準備区域が解除されても、介護施設の職員はもとに戻っていません。その結果、そこにはリソースがないということです。実際にグループホームや病院、介護施設に家族を預けて、若い人たちだけ遠方に避難された方もおります。看護師、保健師、介護職員の方もストレスを抱えています。つまり、支援が必要な人をだれが見るのか、保健師だけが対応するのかという問題です。

災害対応中心の保健活動は時間が経過するに従って少なくなり、通常業務がどんどん再開していきます。4月上旬から乳幼児健診とか、健診事業を始める自治体、市町村もありましたし、特定健診もある。現場の保健師はその時期、どういうふうに分かたが業務を遂行すればいいのかというふうなことは困っておられました。つまり、今も含めて、質を変えた上で支援が必要なのか、その判断が必要であり、前提として、支援、見守り、保健活動が必要な人はどういう対象か、整理が必要になります。

では、これらを支えるのは保健師しかいないのか。家族、訪問看護師、ヘルパー、かかりつけ医、民生委員、自治会、近所、NPO、いろいろな人たちがいます。一方で、仮設住宅ごとにコミュニティに差があります。自宅が被災して修理は済んでい

るけれども、コミュニティはもう崩壊してしまっている地域もあります。民生委員の高齢化もあります。さらに言えば、介護予防で見られるように、ほんとうにアプローチが必要な人は健康相談会に参加してくれない。個人情報の守秘義務もあります。必要な人にどうアプローチすればいいかというのが問題になる。

保険業務では、ニーズの選択・判断が必要であり、優先順位づけが重要になります。そのときに「自分たちで可能な業務量」で考えるのか、それとも「必要なニーズ」で考えるのか。現実にはニーズの量と種類と保健師のマンパワーのギャップが存在します。地元保健師だけでは完結しないわけで、アセスメントやコーディネートが重要になります。

半年たった今も、仮設のスロープがない、介護仕様になっていない、交通手段がなくて外出できない、自炊できない、など様々な問題を避難者・被災者は抱えています。どこまで保健師の仕事なのか。しかし、これを放置したときに、生活不活発病やQOL、ADLの低下を招きます。それを待っていていいのかという問題になってくる。

私は保健師だけがやるべきとは言っていません。震災初期は、避難所で保健活動をされていたところもあれば、福島県新地町のように保健師が食料調達や分配をやっていたところもあります。保健師が被災したり、亡くなられたところもある。ただ、1カ月ぐらいたつと、役割の変化が重要になります。ニーズと地域のリソースをどういうふうに結びつけていくのかという役割です。私が、そのコーディネートを保健師にこだわる理由の一つは、医療・介護・福祉の各分野で、地域のリソースを市町村保健師が熟知している点です。

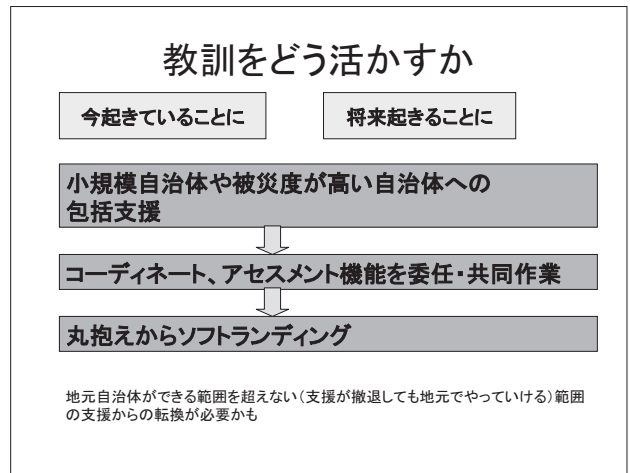
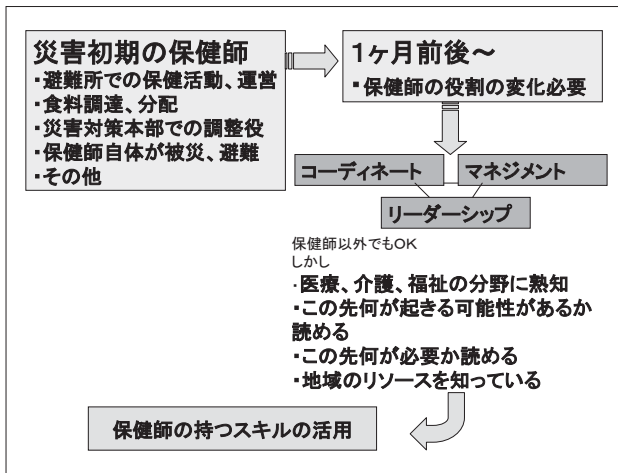
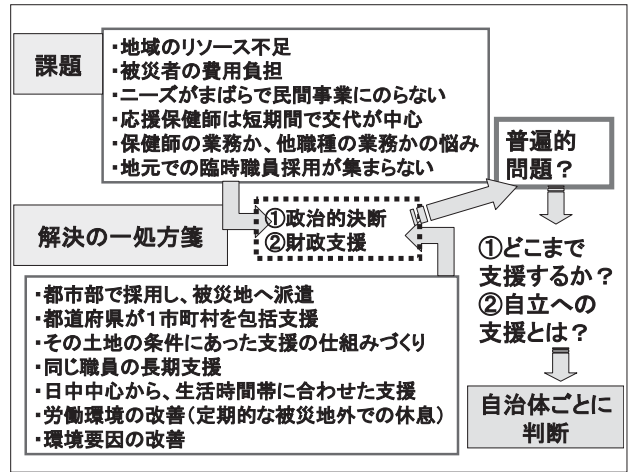
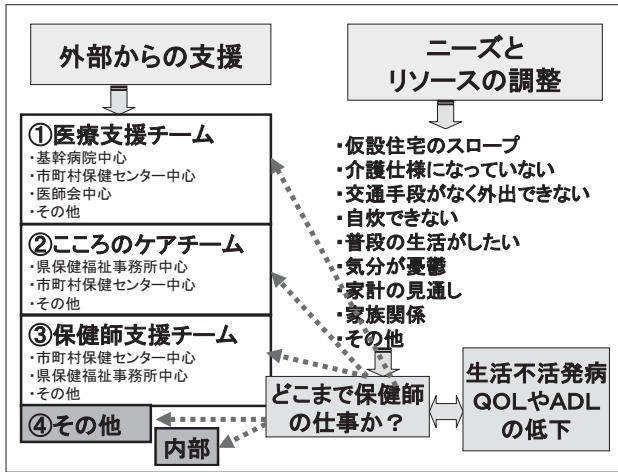
医療・保健がわかることで、この先、何が必要なのか、何が起こるのかという先を読む、スキルの活用ということもあります。

一方、臨時職員募集をしても、地元で保健師が集まらないという現実もあります。被災地雇用で足りない部分は、都市部で採用し、被災地派遣ということもあり得るんじゃないかと思います。また、保健活動は、日中に仮設自宅にいらっしやらない人もおり、生活時間帯に合わせた支援も必要になる。

医療・介護は起きたことへの対応が中心ですが、環境要因を変えることが、被災者を支えることで何よりも重要であり、生活の質の改善や交通手段・コミュニティ・生活の糧、これは短期的に求められるもので、中長期的には町の復興や住宅の確保、職場の確保、生きがい、家族の再生があります。

もちろんこれが保健師の仕事と私は言っているわけじゃなくて、これは福島県医師会の幹部の方が言っていたのですけれども、やはり夢と希望、先に見える変化がなければ、やっぱりもたないと。自立へのステップは何か。保健師の災害時の役割は何か。業務分担がいいのか、地区分担がいいのか。これだけの災害の場合でも、地区分担が機能していた自治体は保健師さんが非常に機能していたというケースがありました。

ただ、保健師だけでは支えられないという現実もあります。自治体で議論しなくちゃいけないことですが、小規模自治体や被災度が高い自治体には、包括支援をする必要があるんじゃないかと思います。先ほど言ったように保健業務だけではないわけです。1市町村に対して、政令市とか都道府県が1対1で支援するような仕組みや、その際にコーディネートやアセスメント機能を委任したり、協働してりできる仕組みを考えないといけないと思います。丸抱えと批判されるかもしれないですけども、あれだけの被災者がいるわけですから、とても地元だけでは対応できません。



今後に向けて

平野かよ子 公衆衛生看護のあり方委員会副委員長

第4期の本会の活動は、初期は保健師の基礎教育のあり方に焦点を当て、制度改正に向けてフォーラムを行い、教育行政に対して政策提言を行いました。後段は保健師の基礎教育も実践者と協働して展開することと、さらに実践の保健師の現任教育、保健師が所属する組織のあり方を取り上げ、これらをテーマとしたシンポジウムを総会時に開催し、またワークショップを企画しました。

平成23年1月に看護師等養成所指定規則の改正がなされ、保健師養成の基幹科目名が「地域看護学」から「公衆衛生看護学」に13年ぶりに戻ったこと、実習が強化されたこと、また、看護系大学において保健師教育の必須が取り除かれたことなどは、本会の活動の一定の効果の現れと考えています。

しかし、この10数年の間に組織再編や市町村合併をはじめとする行財政改革は進展し、介護保険制度や障害者自立支援、医療保険による生活習慣病予防対策など諸制度の制定や改正がなされ、公衆衛生に期待されること、公衆衛生を担う保健師の活動のあり方を改めて明確にすることが求められています。

今後は、公衆衛生看護がめざす理念を再度明確にし、今日の社会における公衆衛生看護の活動方法を明確にし、リーダーの人材育成、現任教育を充実すること、そして公衆衛生が展開される組織のあり様について提唱していくことが課題と考えます。公衆衛生看護の実践が豊かになることで、保健師の基礎教育も人々のQOLも向上し、社会は住みやすく豊かになることにつながります。本委員会は今後とも、このような公衆衛生看護のあり方を探求していきます。

今期の活動も、實成文彦理事長のご理解と、日本公衆衛生学会事務局 山崎幸子さんの努力に支えられましたことを感謝しています。

日本公衆衛生学会「公衆衛生看護のあり方に関する委員会」
第4期（平成20年9月～23年8月）報告書

平成24年10月

発行 日本公衆衛生学会
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8 公衛ビル
TEL 03-3352-4338 FAX 03-3352-4605

企画・編集

日本公衆衛生学会「公衆衛生看護のあり方検討委員会」(委員長 村嶋 幸代)
