

これからの公衆衛生看護のあり方

平野 かよ子

Some aspects of public health nursing in the future

Kayoko HIRANO

はじめに

来るべき21世紀を目前にして、平成12年4月から介護保険制度が本格的に実施され、合わせて介護予防の重要性が認識されてきている。また一方で、全ての国民が健康で明るく元気に過ごすために生活習慣病を予防し、健康寿命の延伸を図ろうという、第3次の国民健康づくり対策である「健康日本21」が本年3月末に提示され、超高齢社会に向け国を挙げて疾病の予防と健康づくりを行おうとしている。一方、地域においては、住民自らの手によるさまざまな形での健康づくりや地域づくりの活動も活発に展開されてきている。また、テレビや新聞、雑誌などのマスコミによる健康知識の普及にもめざましいものがある。

これまで保健婦・士（以下「保健婦」とする。）は、住民の身近にいて保健活動の中心的な担い手であり、その実績は高く評価されている。しかし、住民ニーズは拡大し、新たな取り組みを必要とする健康課題を前にして、特に都市部において保健婦は何をする者であるのかが理解されにくくなってきている。また、保健婦自身も保健婦は何をする者であるのかを説明し難くなってきている。

そこで、本稿では、これらの理由をさぐりながら、今日健康課題における公衆衛生の役割に触れ、公衆衛生看護の明確化に向けた保健婦の活動のあり方に言及し、これからの保健婦の養成のあり方について提言したい。

1 保健婦の役割・機能が不明瞭となっている背景

保健婦が行う保健指導などの保健活動は、目に見えるかたちを残すものでもなく、効果が現れるまでに時間を要することなどから、不明瞭なものを取られやすいが、昨今では、保健婦の活動は一層解りにくく説明しづらいものになっている。

1) 実践現場での不明確さ

(1) 保健政策の方向性 ー公衆衛生から保健事業へー

保健政策はその時代の健康問題や人口構成等の変化に伴

い修正されてきているが、昭和50年前後からは、地域全体を視野に入れた公衆衛生としての政策行政よりも、事業の実施を優先した事業行政となってきたように思われる。結核等の感染症が健康課題であった当時は、個人の努力では解決が困難な公共性の高い問題であるため公衆衛生が扱い、その一端を担う保健婦は、都道府県保健所を中心にして公衆衛生看護を展開してきた。その後、健康課題が個人の生活習慣に起因するいわゆる生活習慣病に変わってきた段階において、保健政策は、生活習慣病予防のための良質なサービス資源の開発や、疫学的な調査あるいは地域ごとの特色ある保健計画の企画、立案など本来の公衆衛生活動よりも、市町村を中心として、行政がサービスを直接実施することに力点が置かれるようになった。このような保健政策の流れの中で、保健婦は、特に市町村の保健婦は公衆衛生従事者であるよりも、国において予め定められた保健事業の担い手として位置づけられ、対人保健サービスにおいて保健指導を行い、看護職として個別的に個人や家族へサービスを提供することが保健婦の本来業務であると、自他ともに認識することが多くなったと言えよう。

(2) 多職種の出現

これまで一般的に家庭訪問あるいは訪問指導は保健婦が行うことと理解され、保健婦が訪問し看護処置を行うこともあれば、また、栄養指導や口腔保健指導、リハビリ指導等を行っていた。しかし、平成3年の訪問看護制度の創設前後から、看護婦による訪問看護や、栄養士や歯科衛生士、理学療法士による訪問指導、ホームヘルパーによる身体介護等さまざまなサービスが家庭において提供されるようになり、これらの職種の出現後は、保健婦の業務は家庭訪問や訪問指導では説明しきれなくなってきた。

(3) 業務の拡大

①連携・調整業務の拡大

一方で、こうしたさまざまな職種が行うサービスが住民にバラバラな形ではなく統合された形で提供されるように、保健婦は各職種の連携や調整を図る役割りを担い、これを保健婦の業務として追加していった。この役割を担うようになった背景には、保健婦が上に述べたような個別的なサービスの提供以外に、これまでも同質の問題や課題を持つ人々に対

して健康教育を行うことや、自らサービスの提供者となることを希望する住民に対しては、ボランティアグループの育成を行うなど、人と人とを繋ぐ役割を担い連携や調整の機能を果たしてきていたし、また、かって出ていったとも言えよう。

さらに保健婦は、住民や関係機関も参加し地域の健康問題を解決するために協議の場を設定するなど広く関係者の連携を図り、集団や組織への対応も業務としていたことから、住民をはじめさまざまな施設・機関が連携するように調整することも保健婦に期待され、連携・調整の業務を増大させたと言えよう。

②企画機能の拡大

その後の経済成長の低迷や地方分権の推進は、地方行政に対して地域特性を反映し自らの計画に基づく保健政策の展開を求めるようになった。それに先駆け、平成2年度からは、2次医療圏ごとの地域保健医療計画の作成に保健所が関与することになり、保健医療計画の策定にかかわる保健所保健婦も出現した。また、市町村においても、保健婦が老人保健福祉計画の策定をはじめ平成9年度の母子保健計画の策定などに関与するようになった。保健婦の業務は、連携・調整の業務に加え、各種の保健計画や保健や福祉の事業計画の作成及びそれらの計画の評価等も業務とするようになっていった。

これらの業務の拡大は、公衆衛生活動がPLAN-DO-SEEであることからすると、保健婦の活動が、単に直接的なサービスの提供に終わらず公衆衛生活動を展開する望ましい方向であると考えられる。しかし、保健婦助産婦看護婦法において保健婦の業務は、「保健指導を業とする」と規定され、歴然として家庭訪問や訪問指導を専らとする保健婦像もあることや、また、連携・調整や計画策定は住民には見え難い業務であり多様であることも相まって、以前にも増して保健婦は何をする者であるのかを説明することが容易ではなくなってきた。

2) 保健婦の養成における不明確さ

(1) 看護系大学の急増とカリキュラム改正

①これまでの保健婦の養成

わが国の保健婦養成は、昭和23年に制定された保健婦助産婦看護婦法の養成規則に基づき、看護婦課程修了後6ヶ月の保健婦養成課程（実態は1年間）において養成されるとされ、都道府県立の保健婦養成所（専修学校）が設立されてきた。このことは、都道府県は保健婦を公衆衛生の主たる担い手として位置付け、都道府県職員として確保する必要があったためと考えられる。

この保健婦養成のあり方に変化をもたらした要因としては、新設の看護系大学の急増と、保健婦課程カリキュラムの改正が挙げられよう。

②新設の看護系大学の急増

これまで4年制の看護系大学は、昭和27年に高知女子大学家政学部看護学科、28年には東京大学医学部衛生看護学科が設置された。しかし、国民の高学歴化を背景に、高度医療や在宅医療にも対応できる看護婦の養成が国家的

な課題となり、看護教育の4年制大学化が進められた。平成元年度には9校だった看護系大学が、平成11年度には73校とほぼ10年間で約8倍に急増した（図1）。これらの4年制大学には、保健婦と看護婦の養成施設としての要件を満たし、卒業時点で両方の国家試験受験資格を取得できるように科目を構成することが求められた。この要件の充足は、その後の新たな看護系大学の設置においても同様であった。当初の4年制大学では、概して看護婦の養成課程における教育科目を先行させ、その後に保健婦の養成課程の教育科目を積み上げるように科目の構成がなされていた。

③平成9年度の保健婦課程カリキュラム改正

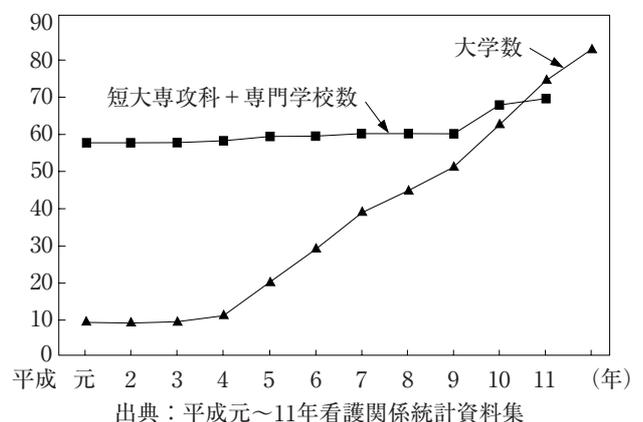
保健婦助産婦看護婦カリキュラムの改正は、戦後数回にわたりなされてきたが、平成9年度には大学教育の大綱化に合わせ、大幅な改正がなされた。これまでの養成課程は、教育科目と時間数が定められていたが、今回の改正では科目名に代わって教育内容が指定され、また時間制から単位制に変更され、単位の互換性が図られるようになった。

これらの改正に伴い、保健婦教育の中核であった「公衆衛生看護学」の科目は教育内容としての「地域看護学」となり、地域看護学の内容は、公衆衛生看護と継続看護からなると規定された（表3-1：文末に添付）。これまで公衆衛生看護は、職域、学校、継続看護などの在宅ケアを含む広義な概念であったが、改正後は地域看護から継続看護を除いたものが公衆衛生看護のようであり、曖昧なものになってきた。

④統合カリキュラムの出現

上述したように保健婦養成は、看護婦課程修了後に保健婦課程が追加される構成で、4年制大学においてもこのように構成することが一般的であったが、看護の対象が傷病者及び健康者に、また、施設内の看護及び地域における看護へと看護の概念が拡大されたこともあり、看護系大学において看護婦の教育と保健婦の教育とが4年間で統合されて行われるところが多くなってきた。これらの動向を受け今回のカリキュラム改正では、専修学校であっても4年間で「看護婦・保健婦統合カリキュラム」が新設され、看護教育の

図1 教育機関別の保健婦の養成状況（平成11年度）
（養成所数）



後に保健婦教育という順序性は曖昧になった。

(2) 公衆衛生看護・保健婦の養成における問題

保健婦が4年制看護系大学において養成されることのメリットについては別の機会に譲るとして、ここでは教育の大綱化に伴うカリキュラム改正により、保健婦の養成において生じてきた問題点を整理してみたい。

①科目としての公衆衛生学・公衆衛生看護学の減少

これまでは看護婦養成課程において専門基礎科目として公衆衛生学が指定されていたが、科目指定がなくなったことから、看護系大学においては公衆衛生学を設定しているところは減少する傾向にある(表3-2:文末に添付)。そのため地域全体を視野に入れ、地域に起きた事象をマスとして把握し分析する地域診断や、個別的な対応や個人の努力では解決しない保健衛生上の問題を組織的に解決する衛生・公衆衛生学等について学習する機会が減少してきている。さらに、公衆衛生学が基礎学として教授されないために、看護職が地域で生活する者と支援関係を築き生活を理解し把握するとともに、その個別情報を地域全体の発展に反映させる公衆衛生看護の方法論が展開され難い状況となっていっている。

②看護系大学の教員の資質

また一方で、看護系大学の専門科目の教員の要件として地域における看護活動についての学識が求められ、必ずしも公衆衛生学や公衆衛生看護の実践に精通する者であることは要求されない。このことにより、教育する者が看護の機能と地域全体に働きかける保健の機能の類似性と違いについて明確に把握しているとは限らないため、これらが曖昧なままに教授される傾向が生じてきている。その結果、①とも相まって公衆衛生の視点を持つことに困難が生じてきていると言えよう。

③公衆衛生の専門職・保健婦としての動機づけの不足

概して看護系大学においては、看護婦と保健婦とに必要とされる教育内容が看護学として統合して展開される傾向にあり、学生は保健婦像が描きにくく、保健婦になることが動機づけられにくい。図2は養成機関別に見た新卒者の保健婦の就業状況である(図2)保健婦国家試験合格者の半数以上が大学卒業生であるが(表1)、保健婦として就業する者は2割弱に過ぎない。

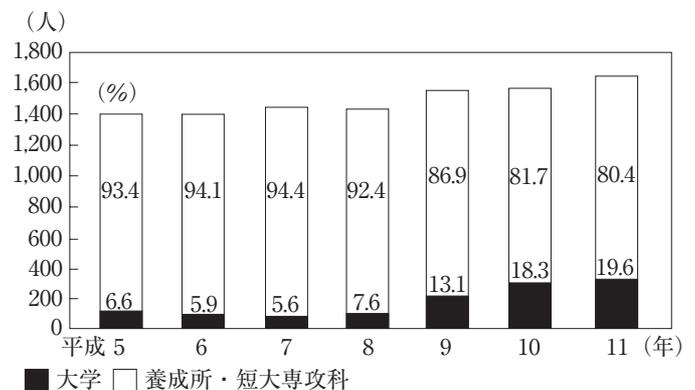
④保健婦教育機関(専修学校)の減少

都道府県立の看護大学の設置に伴い、都道府県立の専修学校としての保健婦教育機関は閉校されつつある。入学する保健婦学生の保健婦になることの動機はさまざまであるが、看護婦養成課程を修了した後に、さらに1年間かけて保健婦を志す学生と共に公衆衛生学や公衆衛生看護の方法論を体系的に学習することで、公衆衛生の専門職である保健婦としてのアイデンティティーを確立すると思われる。

専修学校である看護婦養成機関で看護婦となった者が、その後一年間の教育で保健婦になる道が閉ざされつつある状況に見られるように、保健婦の養成のあり方は変化し、公衆衛生看護の概念が曖昧になってきたこともあり、公衆衛生を基盤とする保健婦のあり方も曖昧になってきたと言えよう。

表1 保健婦の国家試験合格状況(新卒者) 2000年

教育機関	学校数	受験者数	合格者	合格率	合格率再掲 (最低と最高) %
大学	45校	3,072人	2,736人	89.1%	(77.8-100) %
短大	23	757	730	96.4	
専修学校	41	1,396	1,353	96.9	



出典：平成5～11看護関係統計資料集

図2 教育機関別の新卒保健婦の就業状況

2 今日健康問題に対する公衆衛生の役割

1) 今日的な時代の価値

現在、戦後我が国が築いてきた公衆衛生を含む社会保障制度の歪みを抜本的に改革されようとしているが、これまでの公衆衛生活動への批判として、画一的、一方向性、集団対応、受益者の満足やQOLの向上等の私権の尊重よりも公共の利益のため公権力の行使、経済効率の観点の欠如などが挙げられている。また、高度に技術化された社会では、さまざまな領域を視野に入れながらそれらを総合し、基本的で普遍的な知識を持ち、どの領域でも通用するジェネラリストよりも、専門分化したスペシャリストの方が高く評価される傾向にある。今後さらに情報化が進展しかつ経済成長の望めない社会においては、個別性(自助)、双方向性、受益者の満足、効率性・経済性が重視され価値づけられると言われている。

2) 公衆衛生の価値

しかし一方で、時代の価値とは逆に個性性が尊重されつつも相互信頼に基づく共同・共生を求め、分化されバラバラな不安定な状況よりも、それなりに総合化され安定した状況も求められてきている。これらのニーズに対して、共同性や全体性、総合性を専門性とする公衆衛生に対して期待されることは多いと考える。

(1) 専門分化の流れの中での公衆衛生看護

これらの時代的な価値を受けてか、看護においても専門分化が提唱され、日本看護協会は、いくつかの看護領域での専門看護師を提唱し、その一つとして地域専門看護師がある。この地域看護は、「行政地域看護」、「在宅ケア」、「産業

看護」,「学校看護」から構成されるとしている。また、平成9年度に設立された日本地域看護学会も地域看護の構成については同様な整理を行っている。ここでは公衆衛生看護は行政地域看護に位置づけられ、行政組織に所属し行政サービスとしての看護活動を展開するものあり、産業保健や学校保健を含まない地域の一部分を担うものと整理されている。これは細分化し専門性を高める方向に沿った整理であろうが、公衆衛生の価値・理念からするとこの整理はどのように考えられるのだろうか。

(2) 公衆衛生の価値・理念

公衆衛生は、人々が集まって暮らす時に生ずる保健衛生上のさまざまな問題を解決しようとするもので、対象領域は地域であり、職域や学校のような集団・組織を含む地域全体である。また、公衆衛生には健康問題が一層複雑化する社会において、新たな健康問題に着目し、それらを解決するサービスを創り出し、当たり前で暮らせる安全な、そして安心・安寧が得られる地域社会を形成することにその役割がある。概して健康問題は、個人の問題でもあり多くの人々の問題でもあるといった社会的な側面を持ち、公衆衛生はこうした社会的な側面から問題を解決しようとするものである。そこには自ずと公共性や、公正で公平であることが求められ、共同社会として組織的に解決するものである。そのためには、職域や学校を含む一定地域の全体を視野に置き、総合的に取り組むものである。公衆衛生が重視する価値・理念は、社会性、公共性に加え、全体性、総合性もあると言えよう。

また、共同社会において組織的な解決を図るためには合意形成が不可欠であり、それぞれの役割認識がなければ成立しない。合意形成がなされ、それぞれが役割を認識し、解決に向けて動機づけられるためには、かけるべき時間をかけることが重要である。効率性を優先させてその過程を加速しても、結果的には逆効果となることもある。公衆衛生においても効率性・経済性は一つのテーマではあるが、これが適用されるべき領域は慎重に選ぶことが重要と考える。時代の価値を踏まえながらも、公衆衛生としての価値・理念を尊重することが、これからの公衆衛生に求められる専門性であり責任でもあろう。

3 公衆衛生看護の明確化をめざして

公衆衛生看護は、公衆衛生が持つこれらの価値・理念を土台とし、地域で生活する個人や集団への支援を入り口として、地域の健康問題や課題を組織的に解決するものであり、公衆衛生活動の根幹を担うものである。しかし、この概念が曖昧になってきている現在、保健婦には、今、何ができ、何をしていくことが必要なのだろうか。以下この点について述べる。

1) 行政の保健サービスの担い手から地域のヘルスシステムづくりへ

これまでの公衆衛生活は厚生行政と一体となって展開してきた歴史がある。それは、健康問題が個人に限定されないで広範囲にわたり、個人の努力では解決できない感染症などの

問題を解決するためには、官である厚生行政として解決し、行政が直接支援する体制を築くことが、その時代として極めて有効な方法であったからであろう。公衆衛生看護を展開する保健婦も、この公衆衛生活動の一端として対人保健サービスを担い、行政的な支援である公助を築くことに係わってきた。

しかし、行政課題は成人病対策、昨今では生活習慣病対策となり、健康診査や健康教育、訪問指導、機能訓練などの対人保健サービスが市町村の行政サービスとしてなされるようになってきた。ここで保健婦に求められた役割は、公衆衛生がめざす個人の努力では解決しにくい問題に対する公助を築くことよりも、個人の自助あるいは住民同志の互助への支援が大半となり、特に市町村の保健婦の活動は公助を目指す公衆衛生活動からは離れる傾向が出てきたと言えよう。

しかし、地方分権の推進という新たな時代の潮流は、地方行政に対して、決められて事業を実施する事業行政を脱却し、地域に必要な事業を形成する政策行政を期待している。つまり地域住民のニーズを解決するための政策・施策の立案や、計画及び実践の評価などを行うことを重視した政策行政を展開することである。

こうした流れの中で保健婦は、改めて地域全体を視野に入れ行政としてのサービス提供のあり方を見直し、行政としての適切なサービスを提供することを入り口として、住民や関係者と協働して地域に必要なサービス資源を開発するという、まさしく公衆衛生看護を展開することに活動の比重をシフトする時期が到来したと言える。平成10年4月10日付で発出された厚生省保健医療局長通知、同じく同日付の地域保健・健康増進栄養課長通知、保健指導官通知も、その方向性を強く求めるものであり、また担保するものである。

2) 公衆衛生看護の学としての理論化

(1) 実践事例からの公衆衛生看護独自の方法論の理論化

保健婦の活動が、十分なヒューマンリソースのない中で、定められた事業を行うだけであるならば、それらの実践事例を数多く取り上げても公衆衛生看護の方法を抽出するには十分ではない。しかし、保健婦が個別的な支援を入り口として、地域全体を視野に入れ、住民及び関係者と協働した活動を実践している中には、公衆衛生看護としての独自の活動方法であると実感している実践例は、少なからずある。個別的な対応を入り口としながらも個別的な支援に終始することなく、地域の改善に発展させて事例を集積し、その時々用いられた理論や技術を分析していくことは、公衆衛生看護をより理論的なものとしていく一つの極めて実証的で有効な方法と考える。

(2) 公衆衛生看護の構成要素 (3領域)

ここで、上記のような実践事例を分析する手法によって、筆者らが整理してきている公衆衛生看護活動の構成要素について述べてみたい。

保健婦が行った活動の第1の構成要素は、健康相談や健康教育等を個別的にあるいは集団的に行う支援活動であり、これを「ケアの領域」とする。

第2の構成要素は、「仲間づくり・ネットワーク化の領域」

である。これは地域住民の自主的なグループを育成することや、同じ課題を持つ住民が出会えるきっかけを作り、また、地域の関係者が情報を共有し話し合う場を設定するなどネットワーク化を図る領域である。この領域において個々別々なことがらに繋がりを持たせ、公衆衛生に特有な社会性や公共性、総合性を発揮して地域全体に連動させる活動の領域である。

第3の構成要素は、第1や第2の領域の活動から把握した地域の実態や疫学的な調査研究や統計に基づき地域診断を行い、保健計画や保健事業計画等を策定し評価する活動である。また、地域の関係者とのネットワークを基盤として地域に必要なサービス資源を開発する。さらに各種サービスをモニターしサービスの質を確保し、サービスの担い手の資質の向上を図る。この領域は地域に必要な健康関連のシステムを構築し推進する等、地域に必要な健康関連のシステムを構築し推進する「システム化の領域」である。これらを図3に示し、以下にさらに詳しく述べる。

1) ケアの領域

この領域は、個人や家族あるいは小集団に対して相談や健康教育を行うなどの活動であり、これまでの保健婦の活動の中心的な部分でもある。この領域で特に公衆衛生看護において特徴的なことは、ケアが必要なのにそれを求めない住民を発掘することである。支援の必要性の判断を単に本人からの要請だけに依存せず、その判断に公衆衛生看護としての専門性を発揮する点である。ダイヤモンドに欠ける住民に働きかけニーズを顕在化させる活動である。そのためには、本人や家族に十分な情報を判りやすく伝え、彼ら自身がどのようにしたいのかを自ら選択し決定することを励ます活動である。しかし、概して健康問題は、当たり前になっている日常生活に絡むものであるため、保健婦などの相談関係の中で問題の所在は整理され認識されてくるものが多い。答えを出すのは住民であり、主体である住民が決定していくプロセスを共有し支援する領域である。

2) 仲間づくり・ネットワーク化の領域

生活の仕方やライフスタイルを自己決定しても、その行動を継続させるには、同じ様な課題を持つ仲間を見つけ、苦労や工夫を共有し、励ましや知恵を交換しあうことが大きな要因になると言われている。このことは生活習慣病の予防に限

らず、子育てで戸惑う母親達や障害を持つ者にも共通することである。なにもこれは住民に限ることではなく、介護保険に係わるホームヘルパーや介護支援専門員、さらに保健婦などの看護職においても、ケアの提供の仕方に悩みや戸惑いを覚えつつ、より良いケアを継続するために仲間が欲しいと思う気持ちは同じである。同じ様な問題を抱えた人同志が出会い、本音で情報を交換できるできるようにすることは、誰にとっても必要なソーシャルウェルビーイングである。保健婦が住民や他職種と協働して、健康問題を持つ人々同志の仲間を作ることや出会える場を設定していくことは、まさに人々の社会的な健康の維持・向上を図ることである。

また、地域の問題が組織的に解決されるためには、サービスを受ける住民やサービス提供に関わる住民組織、NGO、民間企業、そして行政等関係者が一堂に会し、それぞれの立場で意見を述べる場が設定され、そこで参加者が地域の実態を知り、地域にとって必要なことを共通して認識し、各々の役割りが明らかになることが極めて有効である。ここで保健婦が支援の専門職として力を発揮することは、参加者の本音が語られ、来て良かった、話して良かったと思えるように、参加者のQOLを高めるような会の運営や、適切な資料の準備、事前の調整（根回し）などに参画することである。

3) システム化の領域

この領域は、1)のケアの提供や2)の仲間づくり、ネットワークの構築を通して地域の実態を把握し、これらを土台として、地域の保健衛生の仕組みを創り、サービスを充実させ、地域の健康関連のシステムを築く領域である。ここはさらに以下の4つの機能が含まれると考えられる。

1つ目は、住民の生の声を集約し、また、地域の実態の調査・研究を行い、さらに、保健統計等から健康課題を明らかにする、つまり地域診断である。2つ目はこれに基づき、保健計画や保健事業計画を策定し、保健活動を評価することである。3つ目は地域に必要なサービスや支援を生み出し、そして4つ目は地域の保健サービスや、介護サービス、医療サービスが質の良いものであるようにモニタリングし、サービス提供者の資質を向上させることなどである。

この領域はさらに細分化し精緻化することが必要と考えるが、言い変えるならば、保健婦が住民や関係者との対面的な信頼関係を築く中で得られた質的な情報を生かして、地域

図3 保健婦が行う公衆衛生・保健活動の3領域



のシステム化を図り地域づくりを行う領域である。介護保険制度をスタートさせる際に高齢者の実態調査に係わり、地域の実態把握に参加した保健婦は多いであろう。保健婦は種々の保健事業を実施する際や新しい制度を住民へ説明する時に、住民の生の声を聞き、これらを母子保健計画の策定や老人保健福祉計画の見直しの際に反映させてきている。サービスの質を向上させることに関しては、都道府県保健所であれば医療監視において医療施設のサービスの質に関与できるであろうし、介護サービスへの住民からの苦情に対しては市町村お調査に向い、これらを改善するよう働きかけるであろう。介護の訪問調査員の研修会や介護認定調査委員の研修会を通してサービス提供者の資質の向上に関与してきている。今後、行政に所属する保健婦であるならば、これらの仕組みづくりの役割を、以前にも増して多く担うようになるだろう。

4 これからの保健婦の養成への提言

1) 看護系大学の限界

看護婦養成については、看護婦国家試験の合格率の高さからも看護系大学において4年間かけて教育することのメリットは大きいと思われる(表2)。本来は看護系大学において医療のみならず、公衆衛生、保健できれば福祉に関連する科目も十分な教授することが望ましいわけであるが、昨今、医療が高度化し、4年制の看護系大学においても、これらの高度医療に対応する医学を始めとする基礎科目や臨床看護を充実せざるを得ない状況が生じてきている。その結果として、臨床看護や臨床関連科目が偏重され、予防的な視点を加味した地域を対象とする活動方法論などの科目は軽視されてきているように思われる。

保健婦の養成としては、看護系大学は公衆衛生学の科目に欠け、一定の地域や集団を対象として支援機能を有効に発揮し、さらにその機能を地域の発展に連動させる公衆衛生看護の方法論の教授も不十分なものとらざるを得ないのでないだろうか。保健婦になることが動機づけられにくいこ

とや保健婦国家試験の合格率などからも、現状の看護系大学において保健婦を養成することへの危惧を拭い去ることは難しい。

2) 公衆衛生大学院での保健婦の養成

しかしながら、公衆衛生の現場において看護職が担う役割・機能は拡大してきているわけであるから、その活動方法論を理論化し学問として体系化・精緻化を図ることは緊急の課題である。そこで、4年制の大学教育の中で公衆衛生学や公衆衛生看護学の教授の仕方のさらなる工夫を期待したい。しかし一方でそれらの教授が不十分とならざるを得ないのであれば、4年間で看護教育を行い、大学教育の修了後に大学院レベルで公衆衛生学や公衆衛生看護学を教育することが適当なのではないだろうか。

看護は個別性の高いケアを志向するもので、看護学はケアに関連する方法論を中核とするものであり、図3に示した公衆衛生看護活動の一要素である相談や教育などの「ケアの領域」は、看護系大学において教育・研究されるであろう。

しかし、地域住民と接点を持つことで得た情報や、地域の関係者と協議することで得た情報を地域全体の把握や保健関連のシステムに反映させるという公衆衛生・公衆衛生看護活動の方法論は、社会性や公共性の高い問題解決のあり方を追求するものであり、看護学とは異なる方法を用いることから、看護系大学において、図3に示した「仲間づくり・ネットワーク化の領域」及び「システム化の領域」を教育・研究することにはやや無理があると考えられる。これらは看護学を学習した後に大学院で学ぶことが適当なのではないだろうか。

公衆衛生学は、医学、政策科学、疫学、数理統計学、看護学、栄養学、環境・食品衛生学、社会福祉学、経営・管理学などからなる学際的な実践科学である。これからの保健婦は、看護系大学で看護学を修め、その後に公衆衛生の大学院において「仲間づくり・ネットワークの領域」や「システム化の領域」などについても集中的かつ体系的に学習し、公衆衛生学を基盤とする公衆衛生看護学を学ぶことが適当と考える。

現在、我が国唯一の公衆衛生の卒後の教育機関及び研究機関として国立公衆衛生院がある。ここは公衆衛生看護学をはじめ、疫学、保健統計学、公衆衛生行政学、公衆栄養学、労働衛生学、建築衛生学、水道工学、地球環境衛生学などの16学部から構成される学際的な教育研究機関である。これからはこのような学際的な教育機関が多数設置され、保健婦は大学院レベルで集中的に公衆衛生学及び公衆衛生看護学を修め、公衆衛生修士の学位を取得し、公衆衛生の専門職として養成されることを期待したい。

このことは保健婦に限らず公衆衛生に携わろうとする専門職は、今後このように大学院レベルで教育されることが世界的な趨勢でもあり適当と考える。

3) 公衆衛生看護学の教育・研究体制のあり方

公衆衛生看護学を学とし理論化を図るためにも、上述したような大学院レベルでの教育・研究体制が整備されることが必要と考える。また、公衆衛生に関連する学会において、

表2 看護婦の国家試験合格状況(新卒者) 2000年

【3年課程】				
教育機関	学校数	受験者数	合格者	合格率
大 学	46校	2,816人	2,798人	99.4%
短 大	70	5,630	5,313	99.1
専修学校	491	21,043	20,842	99.0
【2年課程】				
教育機関	学校数	受験者数	合格者	合格率
短 大	12校	578人	568人	98.3%
専修学校	342	14,659	14,155	96.6
高 校	56	2,470	2,329	94.3

保健婦の基礎教育や大学院での教育のあり方や卒後の現任研修のあり方や、公衆衛生看護の学としての理論化を推進することが必要であろう。特に公衆衛生看護学固有の学会を設定することも一つの方法と考える。

終わりに

これからの公衆衛生看護のあり方を考えるにあたり、公衆衛生看護の概念が曖昧になってきている状況を概観し、公衆衛生看護学を学とすることをめざして、公衆衛生看護活動の3つの構成要素と公衆衛生の専門職としての保健婦の養成のあり方を述べ、公衆衛生看護の教育・研究体制のあり方について触れた。先日カナダの公衆衛生看護活動について話しを聞く機会があったが、カナダにおいても日本と同様に地域における活動は見えにくくものであり、日本の保健婦に近い看護職の活動は理解され難いとのことであった。公衆衛生活動や地域保健活動が抱える課題は日本に限るものではなく、普遍的な課題であるように感じた。わが国において公衆衛生看護を明確なものとなることは、公衆衛生の明確化にも寄与するものと考えられる。公衆衛生看護を志す者が核となり公衆衛生看護について学際的に論議し、21世紀に活躍する公衆衛生看護を明らかにして行きたい。

参考文献

- 1 看護問題研究会監修：看護関係統計資料集（平成元年～平成11年）。日本看護協会出版会。平成元年～11年9月
- 2 看護問題研究会監修：新訂看護教育カリキュラム。第一法規。平成9年7月
- 3 特集：地域看護学の課題と展望。保健の科学 vol.41,1999.1
- 4 特集：大学における地域看護教育－臨地実習を中心に－。保健婦雑誌 vol. 56 no.4, 2000. 4
- 5 医学界新聞：第2392号。医学書院。2000.4.17
- 6 平野かよ子，山田和子，守田孝恵：平成11年度厚生科学研究「新たな地域保健福祉活動のあり方と保健婦の活動方法に関する研究」報告書，2000. 3

表3-1 保健婦教育カリキュラム

新

別表1 (第5条関係)

教育内容	単位数	備考
地域看護学	12(10)	情報処理を含む。
地域看護学概論	3(2)	
地域看護活動論	9(8)	
疫学・保健統計	4	
保健福祉行政論	2(1)	
臨地実習	3	
地域看護学実習	3	
合計	21(18)	

備考 1 単位の計算方法は、大学設置基準（昭和31年文部省令第28号）第21条第2項の規定の例による。

2 看護婦学校養成所のうち第7条第1項に規定する課程を設けるものと併せて指定を受け、かつ、その学生又は生徒に対し一の教育課程によりこの表及び別表第3に掲げる教育内容を併せて教授しようとするものにあつては、括弧内の数字によることができる。

3 複数の教育内容を併せて教授することが教育上適切と認められる場合において、臨地実習3単位以上及び臨地実習以外の教育内容18単位以上であるときは、この表の教育内容ごとの単位数によらないことができる。

旧

別表1 (第5条関係)

科目名	時間数			備考
	講義	実習	計	
公衆衛生看護学	375	135	510	研究60時間を含む。
公衆衛生看護学概論	45		45	
地区活動論	75	45	120	
家族相談援助論	90	15	105	
健康教育論	15	15	30	
保健指導総論	30	15	45	
保健指導各論	120	45	165	
母子保健指導			30	学校保健を含む。
成人保健指導			30	
高齢者保健指導			45	
地域精神保健指導			30	
産業保健指導			30	
疫学	60		60	保健統計を含む。
健康管理論	60		60	
保健福祉行政論	60		60	情報管理を含む。
合計	555	135	690	

備考 演習及び校内実習は講義に含まれる。

表3-2 看護婦教育カリキュラム

旧

別表3 (第7条関係)

科目名	講義	時間	数		備考
			実習	計	
基礎科目	人文科学2科目 社会科学2科目 自然科学2科目 外国語 保健体育	60 60 60 120 60		60 60 60 120 60	
専門基礎科目	解剖生理学 生化学 栄養学 薬理学 病理学 微生物学 公衆衛生学 社会福祉 関係法規 精神保健	30 120 30 30 45 75 45 30 30 30 45		30 120 30 30 45 75 45 30 30 30 45	実技を含む。
専門	基礎看護学 看護学概論 基礎看護技術 臨床看護総論 成人看護学 成人看護概論 成人保健 成人臨床看護 老人看護学 老人看護概論 老人保健 老人臨床看護 小児看護学 小児看護概論 小児保健 小児臨床看護 母性看護学 母性看護概論 母性保健 母性臨床看護	300 45 195 60 315 15 30 270 90 15 15 60 120 15 30 75 15 30 30 75		300 45 195 60 315 15 30 270 90 15 15 60 120 15 30 75 15 30 30 75	
科目	臨床実習		1,035	1,035	
	基礎看護 成人看護 老人看護 小児看護 母性看護		135 630 135 135	1,035 630 135 135	
小計			1,815	2,850	
選択必修科目				150	
合計				3,000	

備考 1 選択必修科目は、専門基礎科目又は専門科目のうちから選択して講義又は実習を行う。
2 演習及び校内実習は講義に含まれる。

新

別表3 (第7条関係)

教育内容	単位数
基礎分野	13
専門基礎分野	15
専門分野	6
基礎看護学	10
在宅看護論	4
成人看護学	6
老年看護学	4
小児看護学	4
母性看護学	4
精神看護学	4
臨床実習	23
基礎看護学	3
在宅看護論	2
成人看護学	8
老年看護学	4
小児看護学	2
母性看護学	2
精神看護学	2
合計	93

備考 1 単位の計算方法は、大学設置基準第21条第2項の規定の例による。
2 複数の教育内容を併せて教授することが教育上適切と認められる場合において、臨床実習23単位以上及び臨床実習以外の教育内容70単位以上(うち基礎分野13単位以上、専門基礎分野21単位以上及び専門分野36単位以上)であるときは、この表の教育内容ごとの単位数によらないことができる。