

行政からの公衆衛生看護への期待

野村 陽子

Japanese public health nursing expected by national government

Yoko NOMURA

はじめに

行政機関に所属する保健婦は、就業保健婦数の76%を占めている。この割合は昭和50年より10%程度減少しているが、保健婦という公衆衛生看護を学んだ者がその能力を発揮する職場は、依然として行政機関が大部分である。

一方、行政機関においては、保健婦未設置市町村21カ所を除いて全ての都道府県及び市町村では職員として保健婦を雇用しており、行政機能の中に保健婦活動は位置づいている。

このように公衆衛生看護を実践する保健婦が行う活動は行政機能の一部となっていることから、保健婦は厚生行政の動向の影響を直接受けつつ、その施策を担っていくという役割があると思う。

このことを考えると、介護保険制度の導入により保健婦は振り回されているという声を聞くことがあるが、行政機関が介護保険という新たな事務を取り込むのであるから、行政機能の一端を担う保健婦はその影響を受けることは当然のことと言えよう。このような時に公衆衛生の視点をもつ保健婦をどのように活かし、住民サービスの向上につなげていくかということを考慮した上で、保健婦活動を行政施策の中で適合させていく必要がある。

このような特性を持つ保健婦に対して国の立場から、公衆衛生看護を実践する保健婦への期待を整理してみたい。

1 保健婦活動の変遷と行政施策

保健婦活動の現状や課題を考えるために、現在までの保健婦活動状況及びマンパワーの推移を振り返ってみたい。

(1) 対象者層の変化

保健婦活動の対象層の変化をみるために、保健所保健婦と市町村保健婦の訪問指導における対象者の変化を追ってみた。その経過は表1～2のとおりであるが、保健所保健婦の訪問指導対象者は、昭和30年から40年代には、結核患者が5割程度であったが、その後精神障害者、成人病、母子保健へと分散されていっている。

一方、市町村保健婦の訪問指導対象者は、昭和30、40年代は母子保健が4割程度で最も多かったが徐々に減少し、変わって昭和55年以降は成人病がトップになり、年々急速にその割合が増加し、平成7年には訪問指導の61%を老人保健が占めるようになった。

厚生省の施策の動向と並行してみると、昭和40年に精神保健法に改正され、保健所が精神保健の第一線機関となったこと、そして昭和58年に老人保健法が創設され、市町村がその実施主体となったこと、平成6年に保健所法が地域保健法に改正され、保健所の機能が明確となり、また平成7年には母子保健が保健所から市町村へ移管されている。

保健婦活動の対象者層はこのような厚生行政の動きと連動しており、注目すべきことは新たな法律の創設又は改正が行われる以前から、保健婦活動の対象者層に変化が起きていることである。

これは、制度化されるよりも以前に各地方自治体では住民の保健ニーズから独自に保健活動を展開させてきていることや、国がモデル事業で方向性を示したことの影響などによるものと考えられる。

(2) 活動方法の変化

保健婦活動の方法については、保健所運営報告によって把握できるデータから、その変化を表3のように整理した。

保健婦活動の方法は、大括りに分けると訪問指導、健康相談、健康診査、健康教育に区分される。

昭和30年代はかなりの活動時間を訪問指導が占めていたと思われるが、昭和60年のデータでは表2のように健康診査や健康相談にもウエイトが置かれるようになり、訪問指導の割合は減少している。

このような活動方法の変化は、それぞれの保健事業の具体的な事業の目標値が示されることから起きてきているものと思われる。今後は老人保健事業第4次計画で健康教育に重点を置いたことから、活動方法にも変化が起きることが予測される。

(3) マンパワーの推移

保健所及び市町村保健婦の就業者数の年次推移は表4のとおりであるが、総数は年々増加し、平成10年には昭和40年の2.2倍にもなっている。

表 1—(1). 保健婦家庭訪問状況 (市町村)

	総数	感染症	結核	精神障害	心身障害	成人病	その他の疾病	妊産婦	乳児	幼児	家族計画	その他	母子再掲 (実数)
昭30年	2,269,068	86,040	426,717				11,290	238,437	564,085	190,633		751,866	993,155
35	2,169,415	57,612	461,318			235,920	143,319	170,662	577,036	115,796		407,752	863,494
40	2,112,253	34,973	389,806			359,673	149,873	158,312	505,792	104,068	89,977	319,779	858,149
45	2,078,127	9,063	215,358	42,828		546,830	171,927	198,801	425,732	102,043	73,879	291,666	800,455
50	2,049,126	2,633	107,170	80,878		727,904	168,804	194,755	343,536	112,927	51,772	258,747	702,990
55	1,600,107	2,035	43,100	64,647	25,983	593,977	108,525	148,082	254,363	134,816	28,773	195,806	566,034
60	1,684,289	915	18,288	59,843	51,955	814,171	94,071	126,046	207,676	130,627	19,182	161,515	483,531
62	1,808,736	1,621	12,847	65,571	59,638	947,212	100,144	123,964	191,741	130,728	17,511	157,759	463,944
平2年	1,740,010	1,017	8,365	76,989	72,625	964,862	101,594	101,070	148,156	113,951	13,265	138,116	376,442
7	1,864,251	1,245	4,234	93,218	80,694	1,139,217	118,773	88,524	122,777	91,755	11,997	111,817	315,053

表 1—(2). 保健婦家庭訪問状況 (市町村)

	総数	感染症	結核	精神障害	心身障害	成人病	その他の疾病	妊産婦	乳児	幼児	家族計画	その他	母子再掲 (率)
昭30年	100.0	3.8	18.8				0.5	10.5	24.9	8.4		33.1	43.8
35	100.0	2.7	21.3			10.9	6.6	7.9	26.6	5.3		18.8	39.8
40	100.0	1.7	18.5			17.0	7.1	7.5	23.9	4.9	4.3	15.1	40.6
45	100.0	0.4	10.4	2.1		26.3	8.3	9.6	20.5	4.9	3.6	14.0	38.5
50	100.0	0.1	5.2	3.9		35.5	8.2	9.5	16.8	5.5	2.5	12.6	34.3
55	100.0	0.1	2.7	4.0	1.6	37.1	6.8	9.3	15.9	8.4	1.8	12.2	35.4
60	100.0	0.1	1.1	3.6	3.1	48.3	5.6	7.5	12.3	7.8	1.1	9.6	28.7
62	100.0	0.1	0.7	3.6	3.3	52.4	5.5	6.9	10.6	7.2	1.0	8.7	25.7
平2年	100.0	0.1	0.5	4.4	4.2	55.5	5.8	5.8	8.5	6.5	0.8	7.9	21.6
7	100.0	0.1	0.2	5.9	4.3	61.1	6.4	4.7	6.6	4.9	0.6	6.0	16.9

表 2—(1). 保健婦家庭訪問状況 (保健所)

	総数	感染症	結核	精神障害	心身障害	成人病	その他の疾病	妊産婦	乳児	幼児	家族計画	その他	母子再掲
昭30年	2,088,382	101,998	1,072,124				19,956	74,714	313,872	67,438		438,280	456,024
35	1,612,542	45,895	995,725			26,026	25,744	53,529	269,108	35,796		160,719	358,433
40	1,657,963	27,040	1,067,905			37,993	28,299	78,627	240,280	26,289	16,905	134,625	362,101
45	1,605,660	8,323	781,401	76,932		92,517	41,329	130,722	248,239	54,731	26,319	145,147	460,011
50	1,450,786	4,462	455,093	144,037		161,121	64,284	138,776	240,074	95,370	27,489	120,080	501,709
55	1,369,975	5,233	262,604	171,001	42,932	209,381	67,580	129,991	227,838	122,336	21,089	109,990	501,254
60	1,387,207	5,323	167,665	215,426	60,068	311,385	90,223	121,544	198,166	120,070	16,180	81,157	455,960
62	1,395,449	4,483	154,152	243,899	63,402	333,346	98,080	114,156	180,314	110,424	15,185	78,008	420,079
平2年	1,318,533	5,084	117,550	267,433	64,537	324,625	110,374	91,080	141,958	101,037	10,383	84,472	344,458
7	1,263,727	5,787	76,640	241,658	67,054	336,050	153,015	74,634	107,209	67,770	5,721	128,189	255,334

(実数)

表 2—(2). 保健婦家庭訪問状況 (保健所)

	総数	感染症	結核	精神障害	心身障害	成人病	その他の疾病	妊産婦	乳児	幼児	家族計画	その他	母子再掲
昭30年	100.0	4.9	51.3				1.0	3.6	15.0	3.2		21.0	21.8
35	100.0	2.8	61.7			1.6	1.6	3.3	16.7	2.2		10.0	22.2
40	100.0	1.6	64.4			2.3	1.7	4.7	14.5	1.6	1.0	8.1	21.8
45	100.0	0.5	48.7	4.8		5.8	2.6	8.1	15.5	3.4	1.6	9.0	28.6
50	100.0	0.3	31.4	9.9		11.1	4.4	9.6	16.5	6.6	1.9	8.3	34.6
55	100.0	0.4	19.2	12.5	3.1	15.3	4.9	9.5	16.6	8.9	1.5	8.0	36.6
60	100.0	0.4	12.1	15.5	4.3	22.4	6.5	8.8	14.3	8.7	1.2	5.9	32.9
62	100.0	0.3	11.0	17.5	4.5	23.9	7.0	8.2	12.9	7.9	1.1	5.6	30.1
平2年	100.0	0.4	8.9	20.3	4.9	24.6	8.4	6.9	10.8	7.7	0.8	6.4	26.1
7	100.0	0.5	6.1	19.1	5.3	26.6	12.1	5.9	8.5	5.4	0.5	10.1	20.2

(率)

表3 保健婦活動の方法の推移

	訪問指導	健康相談	健康診査	健康教育
30年	4,357,450	4,257,715		58,582
40年	3,770,216	7,243,024	21,153,153	56,955
50年	3,499,912	9,390,032	14,316,471	45,459
60年	3,071,496	9,585,030	13,760,461	237,241
平成2年	3,058,543	9,525,425	12,298,254	244,972
平成7年	3,127,978	9,964,711	9,132,082	255,578

注)

資料：保健所運営報告

健康相談には、妊産婦、乳幼児保健指導及び栄養相談を含む
 訪問指導、健康相談、健康診査は延被指導人員であるが、健康教育は回数である
 健康教育は計上方法が異なるため、50年と60年以降で差が出ている
 健康診査、健康教育は保健所のみでの活動実績である

「保健所保健婦」の欄には政令市保健所保健婦数が含まれていることから、市町村保健婦としての要素が入り、年次推移について適切な評価はできないが、保健所保健婦の増加率をみると、昭和50年までは市町村保健婦と同様に伸びていたが、それ以降は、保健所保健婦の伸びは次第にわずかなり、平成6年以降には減少に転じている。

一方、市町村保健婦は順調にその数を延ばしており、特に昭和50年以降は15%増となり、その増加率は現在まで続いている。

このようなマンパワーの増加傾向は、老人保健事業のような保健婦を必要とする保健事業が創設されたためであろう。また母子保健法の改正により、母子保健事業の一部が保健所から市町村へ移管されることにより、保健所保健婦は減少し、市町村保健婦は増加する傾向が現れ、マンパワーの推移は制度変更の影響を直接受けていることが推察される。

今後は事業量の変化がマンパワーの数に影響を及ぼしていくことに加え、地域保健分野は殆どが自治事務であることから、それぞれの自治体の保健事業に対する考え方の影響を受け、地域格差がますます顕著になってくるものと思われる。

2 最近の地域保健の動きと保健婦活動

(1) 健康日本21

平成12年3月31日に健康日本21計画が、厚生事務次官通知及び保健医療局長通知により示され、11年間の第3次健康づくり運動が始動した。この健康づくり運動の特徴は、健康増進という1次予防に重点を置いたこと、また54項目の調査研究データに基づいた到達目標を掲げて、保健活動を具体的に展開しやすく評価ができるものとしたこと、そして地方自治体の保健部門が主体の運動ではなく、職域保健、企業、民間団体を包含した幅広い取り組みを行うとしたことである。

このような健康日本21計画の動きの中で、保健所及び市町村の保健婦にはどのようなことが期待されているのだろうか。

通知及び参考資料として添付されている企画検討会及び

計画策定検討会の報告書の中から、保健婦活動と関連の深い部分を取り上げ、今後の活動の方向性を考えてみたい。

①保健活動と連動した地方計画の策定

まず第一に行うことは、健康日本21計画と整合性の取れた地方計画、すなわち保健活動と連動する都道府県計画と市町村計画を策定することである。そのために保健婦は、日常の保健活動の中で把握している住民の健康情報、そして種々の統計データや調査結果、ヘルスアセスメント票などを整理分析し、地域で健康問題の原因となっている生活行動様式は何かを探り、これを解決するための保健活動の戦略を考えた上で、可能な範囲の数値目標を掲げた地方計画づくりに参画することであろう。

地域保健法の改正基本指針の中に、保健所は健康日本21の情報拠点となることが明記されており、地域の実情を把握し公衆衛生を学んだ保健婦が、地域住民と共に健康課題の優先順位を考慮した目標を設定する等、計画策定に参画することが期待されている。

一方、市町村の地方計画では、統計的なデータの活用には限界があり、数値目標はかなり限られたものになると思われるが、健康づくり運動を実践する場であるので、地域特性を考慮に入れた保健活動の実践計画となるであろう。これは現在行われている保健事業や健康づくり活動、そして職域保健や住民が自主的に行っている健康づくりに関連する活動を全体的に把握し、地方計画を住民、各関係団体等と共に考え、目標を共有化した実践計画を策定していくことになる。

このような計画の策定は、行政機関又は関係団体が会議を設置して計画策定づくりを進めていくことになるが、保健婦は住民のニーズを最も把握しやすい立場にいる行政職員であり、また公衆衛生的視点から地域全体を視野に入れ、地区診断ができる専門職として、地方計画づくりにその能力を発揮することが期待されている。

②健康づくり運動の支援者

2点目には、地域住民全体の健康レベルをあげていくために、多くの住民が自主的に健康づくりに取り組めるよう、保健婦はその仕掛け役、そして支援者としての役割が期待され

表4 就業保健婦(士)数及び活動状況

就業場所別にみた就業保健婦数の年次推移

地域	S40	45	50	52	53	55	57	59	61	63	H2	4	6	8	10	H10-H6
保健所	5,926	6,356	7,144	7,590	7,437	7,649	7,870	8,150	8,386	8,460	8,749	8,835	8,955	8,887 (7)	7,814 (15)	-1,141
国保	5,477	5,362	5,799	6,008												
保市町村	573	637	920	1,011	7,226	7,750	8,390	9,486	10,273	11,033	11,673	12,563	13,802	15,641 (19)	18,410 (38)	4,608
保健小計	11,976	12,355	13,863	14,609	14,663	15,399	16,260	17,636	18,659	19,493	20,422	21,398	22,757	24,528 (26)	26,224 (53)	3,467
保健婦学校養成所	79	98	160	172	175	169	188	215	227	293	258	310	331	379 (4)	519 (3)	188
病院											1,331	1,512	1,644	1,615 (5)	1,744 (11)	100
診療所	502	474	748	771	890	1,057	1,246	1,320	1,439	1,842	1,071	1,043	1,222	1,362 (1)	1,448 (2)	226
老人保健施設	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	35	58	70	54 (1)	-4
訪問看護ステーション	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	456 (1)	657 (3)	
社会福祉施設	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	448 (1)	542 (3)	
事業所	952	783	794	871	875	852	953	1,112	1,080	1,154	1,254	1,377	1,532	1,475 (1)	1,659 (1)	127
その他	450	299	400	467	413	480	490	575	645	777	943	1,234	1,464	1,248 (5)	1,621 (9)	157
合計	13,959	14,009	15,965	16,890	17,016	17,957	19,137	20,858	22,050	23,559	25,303	26,909	29,008	31,581 (44)	34,468 (86)	5,460

(「衛生行政業務報告」より)

- 注)1 保健婦数は常勤保健婦、非常勤保健婦を含む。
2 保健婦数は各年12月末現在の数である。
3 国保保健婦は、昭和53年度に市町村保健婦に移管された。
4 厚生省報告例の一部改正により、昭和63年から就業場所に「老人保健施設」が追加された。
5 厚生省報告例の一部改正により、平成2年から就業保健婦の就業場所の一部が細分された。
6 平成6年については兵庫県分は含まれていない。
7 厚生省報告例の一部改正により、平成8年から保健婦(士)業務従事者届の性別が新設され、保健士数は再掲()で示した。
また、就業場所に「訪問看護ステーション」及び「社会福祉施設」も追加された。

ていると思う。

多くの地域で行われている住民組織づくりは、保健指導員のような保健活動のより末端部分を担う人々の育成が中心であったと思うが、住民の自発性を重視した自主的なグループづくりの考え方はこのような住民組織づくりとは異なっており、きっかけは健康に関心をもつ住民に対して保健婦が働きかけを行うが、その後はできる限り住民自身が自主的に活動を考え、展開させていけるようなサポート役に徹していくことであろう。その支援方法としては、適切な健康情報の伝達やリーダーのサポート、そしてグループ間の交流を企画することなどが必要と言われている。

そしてこのような健康増進に関する運動を、社会の仕組みの一つとして発展させていくためには、地域保健部門のみでなく、環境、福祉、教育などの他部門との協力関係は欠かせないことであるので、このような広がりを持った活動を想定しつつ、支援者として機能することが必要である。

保健婦がこのような役割を果たしていくためには、保健婦自身が住民の立場になることができるか、また個人として豊かな感受性、想像力、魅力あるパーソナリティをもつことが重要と言われている。

このような活動は、住民主体の街づくり運動に発展していくであろう。まさにヘルスプロモーションの理念の基づいた活動である。

③保健指導の実施者

健康日本21計画に内包されている老人保健事業第4次計画による保健事業に注目すると、介護保険施行後の中高年に対する保健活動は、生活習慣病予防対策として効果が見込まれる保健指導の新たな方法論が導入されている。この方法は介入研究として一定の成果が得られている4つの疾患、すなわち高血圧、高脂血症、糖尿病、喫煙にしばった個別健康教育として事業化されている。老人保健事業の3次計画までは集団を対象とした健康教育のみであったが、集団健康教育に加えて必要な対象者に絞って個別健康教育を行うこととしており、このことによって2次予防が効果的に行われることが期待されている。

保健指導を行う保健婦が効果的な活動をすることは今後ますます重要となり、個別疾患の基礎にある生活行動の変容につながる保健指導技術を駆使した保健活動が求められている。その時代に得られた効果的な方法を導入しながら、その地域特性に合った保健事業を展開していったらいい。

④保健事業の評価者

4点目に期待されている役割は、保健事業の評価者としての期待であろう。保健活動は評価が得られにくい分野である。医療や福祉サービスと異なって、個に対するサービスにおいても、また集団的アプローチにおいても、実施者、受け手共に目に見えた効果が実感しにくいサービスである。これは「予防」という成果が測定しにくい活動であることや、行政という複雑な要因が関与している事業であることが影響しているものと思われる。地域保健活動に対する評価方法の研究は行われているが、なかなか適切な手法が明らかとはなっていない。

今までの評価方法は、プロセスである事業量の評価が主であったが、健康日本21では事業の結果、住民の健康行動がどのように変化したのかをみられる54項目の目標値に対する評価を行うこととしている。

このことは保健活動全体の数年後の評価としては、提供者や住民が共に理解しやすい評価とはなるが、個々の活動の評価は困難である。このため、市町村の保健事業を評価する基準づくりが必要となっており、活動実践者が体験で得ている保健指導の効果をいかに標準化していくかが今後の課題となっている。

一方、先進的な自治体では数年前から行政評価を導入し、政策評価から事業評価までを行っているが、この評価方法も視野に入れつつ、行政機関として行う保健活動の評価を研究する必要がある。

⑤地域と職域の連携

健康づくりを国民的運動としていくためには、地域保健分野のみでなく、職域保健とどのような連携を取り整合性のとれた活動をしていくのが、健康日本21を推進する上で重要な課題となっている。

生活習慣病を予防することが適切な年齢層の住民は、約3分の2が職域保健の対象となっており、地域保健では約3分の1の住民のみが対象となっていることから、職域保健の場において予防活動をより充実させることが必要とってきている。

そのためには、地域と職域において保健指導が必要な対象者層を明確にし、どのような方法で保健指導を行っていくかの検討が必要である。

現在行われている地域と職域の連携の例としては、健診後の保健指導が不十分な中小規模の事業所への地域保健からの支援、また退職によって職域から地域への移動した場合の個別事例の連携、職域でのメンタルヘルスや家族に関する相談の職域から地域への連携などが行われている。このような活動を定着させていくためには地域と職域の合同会議や合同研修会の実施などを通じて両者の活動状況を理解し、整合性のとれた保健指導が提供される素地をつくっていくことが、今後重要になってくると思われ、共通の教育基盤を持つ保健婦に連携の推進力になっていくことが期待されていると思われる。

(2) 地域保健法の基本指針改正

平成10年12月から公衆衛生審議会総合部会において基本指針の改正が検討され、総合部会の下に地域保健問題検討会が設置された。この検討会による報告書が平成11年8月に提出され、この報告に基づいて平成12年3月31日に基本指針が改正された。

この改正の主な内容は、1つには健康危機管理への対応、2つには介護保険の導入による地域保健分野の取り組みあり方についてであった。

①健康危機管理

基本指針改正の端緒は、和歌山県で起きた毒物混入カレー事件である。それ以前にも阪神・淡路の大震災、雲仙普賢岳の噴火、O-157による集団食中毒事件、そして最近では

東海村のウラン事故、現在も特別対策が取られている北海道の有珠山噴火など、健康危機を伴う様々な事件や災害が頻繁に発生している。改正基本指針では、このような事件や災害による住民の健康危機管理を行う第一線機関として保健所を位置づけ、医療サービスと一体となった保健活動の強化を明示している。

保健婦活動に限定してみると、災害や感染症の発生等による健康危機が発生した場合、発生地の市町村保健婦が住民の健康管理にまず動き始めるが、当然市町村のみではこのような事態に対応することが困難である。このため、発生地を管轄する保健所が対策の拠点となって保健活動を全面的に支援する動きが取られている。保健所は保健サービスに必要な人材を県内保健所から動員して、その地域の健康危機に対応するが、その現場の管理責任者には保健所長が当たり、そのリーダーシップの下に保健婦が組織的に保健活動を行い、住民の健康状態の把握把握と、適切なサービス提供へとつなげていっている。

このような健康危機発生時における保健婦の役割は、第一線のサービス提供者としての役割のみでなく、地域住民全体の健康問題の把握、問題点の顕在化、そして対応策への連結、他のサービスとのシステム化された活動など、日常行っている保健活動が集中的に発揮される場である。

保健所保健婦は、県内のどこの地域において健康危機が発生した場合であっても適切な対応することが期待されている。

②介護保険制度

介護保険制度は、医療保険の創設に次ぐ大規模な制度改革で、このような大きな制度改革は、既存の制度との整合性を欠くなど様々な問題が生じるため、制度として安定するためには、かなりの期間を要するものと思われる。

介護保険制度は2回のモデル事業を行いながら、わずか2年という短期間の準備で、制度が実施されている。この間、地域の高齢者対策を担ってきた地域保健活動は当然介護保険の影響を受け、また高齢者のケアプランを作成する介護支援専門員（ケアマネージャー）という特異な資格制度ができたことも、保健婦活動に大きな影響を与えている。

このような新たな制度創設の動きの中で、保健所及び市町村の保健婦が、この制度にどのように関与するか、また保健活動との位置づけについては様々な意見があったようである。このような状況を整理し、介護保険導入後に地域保健活動としてどのように取り組むかについて方向性を明確にするため、平成10年度の厚生科学研究（委員長：湯沢布矢子）を行なっている。この研究報告を基本的な考え方として、地域保健法の基本指針が改正されている。

基本指針では、介護保険制度導入により地域保健活動として強化すべきことは、表5-1と表5-2のとおりであるが、これを要約すると地域保健対策として強化すべきことは、(ア)高齢者の健康づくり対策、介護予防対策を強化すること、(イ)高齢者のサービスの総合調整を行い、地域ケアシステムづくりを推進すること、(ウ)介護保険サービスの質を確保するために研修等を行うこととなっている。

このような活動を展開していくためには、介護保険の実施主体である市町村においては、介護保険部門と、老人保健福祉、地域保健部門の密接な連携の下に、一体的な事業の運用を行う必要がある。その要として予防的視点を持った保健婦が効果的に配置され、高齢者対策が総合的に展開されていくことが、介護保険制度の円滑な運用につながっていくものと考えられる。そして、介護予防、健康づくりを主な活動とする保健福祉部門の保健婦活動の活性化が期待されている。

(3)こころの健康問題

最近の新聞紙上では、青少年の殺傷事件や乳幼児虐待など、こころの健康問題が背景にあるような事件が報道されている。

そして、国会においてもPTSD対策に関する議論も多く、また児童虐待防止法案が議員立法により提出され、平成12年5月に成立している。

このような社会の変化に対応して、こころのケアの必要性が重要視され、地域保健活動においても、こころの健康問題に重点を置くことが必要となってきている。

① 児童虐待

平成12年1月から「健やか親子21」検討会が始まり、母子保健に関する検討が幅広く行われている。主な検討課題は①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進②妊娠・出産に関する安全性と快適性の確保と不妊への支援③子供のからだの健やかな発達を図るための環境整備④育児不安の解消と子供の心の安らかな成長の促進である。このような検討を通して健康日本21計画の中に、母子保健に関する目標値を設定する予定である。

この検討課題の4番目にある「育児不安の解消と子供の心の安らかな成長の促進」は児童虐待に関する課題を検討しており、虐待の予防はかなり可能なこと、ハイリスク者は早期に把握できること、乳幼児健診や相談の場面でも観察の視点を持てばかなり早期に兆候が見え、早期対応が可能なことなど様々な知見が報告されている。

このような多くの研究や先駆的な取り組みの成果から、地域保健において果たせる役割はかなり多く、特に早期発見、早期対応、ハイリスク者へのフォローアップなど現在行われている母子保健活動や様々な相談事業の中でその対応は可能であると思われる。

保健婦活動の中で母子保健は歴史の長いものであるが、現代の心の健康問題に対応できる活動として新たな期待がされている。

② こころのケア

PTSDというこころの健康問題は、阪神・淡路大震災後に注目され、現在では災害や事件が発生すると、その被害者に対するPTSD対策の必要性が当然のように言われるようになった。

北海道有珠山の噴火においても、早期からこころのケア対策の必要性が言われ、現在では複数のチームがこの対策を行っている。

こころのケアを必要とする対象者は非常に幅広く、またそ

の必要性のレベルは様々である。そして心のケアに対する相談や研究を行っている学問分野は多岐に渡っており、その相互の交流は殆どない状況である。

このような中で、事件の被害者のこころのケアは専門的な知識や経験を必要としており、そのための研修等は開催されているものの、いまだに手探り状態でケアが行われている。

また、有珠山の避難民へのケアを行っている場合は、避難民へのこころのケアとともに、ケアを行っている従事者、保健婦自身のこころのケアも必要となっている。

このような意味で、多くの保健婦がこころのケアに対する知識を持ち、実践できる能力を持つ必要があり、今後この分野での役割はますます期待されていくであろう。

3 地方行政の動きと保健婦活動

(1) 地方分権の動き

地域保健活動を行う組織体である地方自治体の最近の動きをみると、地方分権一括法が成立し、その核心部分である地方自治法が改正され、地方分権が一層推進されていくことが予測される。国と地方の関係を縛っていたといわれる機関委任事務が廃止されたが、地域保健に関する事務は機関委任事務は殆どなく、地方自治体が条例をつくれる自治事務である。このような状況下では、それぞれの地方自治体が地域の特性を考慮した独自の施策を進めることが可能で、首長の考え方によって地域保健活動が活性化されるか否かは今後ますます顕著になってくると思われる。

一方、介護保険制度の創設にみられるように、地方自治体が担う対人サービスは増加する傾向にあり、保健婦は対人サービスの第一線の担い手でもあることから、保健分野のみの配置ではなく、対人サービスを行う部門へと配置転換が行われており、このことによって保健婦の業務は拡大される方向にあると思われる。

このような地方自治体の変化の中で、地方行政の一環として行われている地域保健活動がどのように位置づけられ、発展させていくかが、今後の重要な課題になっている。

(2) 保健専門職としての活動

保健婦は、行政というすべての住民が利用できるサービスを行う立場にいる。そして住民全体の健康の維持増進を図るために保健事業を行っているので、いわば心身の健康の最も身近な相談者としての役割を担っていく立場にいるのでは

ないかと考えている。

保健婦教育では、基礎学問として医学、看護学等を学び、その上で公衆衛生に関する知識、技術を学んでいる。このような教育背景を持ち、行政機関の保健分野の専門職であるという特徴から考えると、それぞれの専門分野に特化していく専門家指向ではなく、ジェネラリストとして地域住民の多様な健康不安や、健康問題にまず対応し、その健康問題を地域の問題として捉え、解決策を考えていく役割があるのではないかと思う。

その一つの活動として、地域の健康づくり運動を促進するために、住民の自主的な活動の芽を育て、支援していくことも保健専門職としての重要な役割であろう。

また、それぞれの住民のニーズを的確に把握し相談に応じ、個別サービスが継続的に必要な場合はサービス実施機関と連携や調整をすることによって、必要なサービスが提供されるようにすること、またサービスを実施する機関がない場合にはそのサービス資源の開拓すること、すなわちケアコーディネーターとして機能することが必要である。そして、このような役割を効果的、効率的に行っていくためには、地域のケアシステムをつくっていくことが重要で、行政機関としてこのようなシステムづくりは今後より重要になっていくであろう。

個別の健康問題の相談から地域の健康問題へ、いわゆる点から面へと視点を変えていかれることが、保健婦の機能の最も特異なものと考えられ、行政の保健婦にはこのような能力を発揮することが期待されている。

そして、地方行政の役割として新たな健康問題が発生した初期に適切な対応をすることが求められており、保健婦はその最前線にいることから、常に新しい情報を収集し、知識や技術の取得を心掛ける必要がある。これは「人」へのサービス提供を業とする職業に課せられた共通する責務であるが、特に行政機関の専門職として重要なことであろう。

(3) 行政職員としての活動

保健婦のもう一つの機能として、社会情勢の変化等から発生する様々な健康問題に早期に気づき、その対応を模索し、必要と判断した場合は、施策につなげていく行政職員としての役割が求められている。また直接サービスを実施する行政職員であることから、既に行政サービスとして行われている事業を、住民のニーズに合った運用に変えていく役割

表 5-1 第一 地域保健対策の推進の基本的な方向

介護保険制度の円滑な実施のための取組

介護保険制度を円滑に実施するためには、介護保険に係るサービス等を受ける必要がある住民に対して、必要なサービスを適切に提供できる体制の整備に努めることが必要である。

このため、市町村及び都道府県は、老人保健対策の実施に当たって、個々の高齢者の健康状態に応じた健康づくり対策、要介護状態等にならないための予防対策及び自立支援対策を強化するほか、要介護者等を含めた支援を必要とする高齢者を早期に発見して必要なサービスを提供すること、高齢者の新たなニーズを把握して不足しているサービスを開発すること等により、高齢者を対象とした地域ケアシステムづくりを推進するとともに、介護保険に係る事業者の質を確保するための調査及び助言、要介護認定等に係る人材の育成のための研修、情報の提供等を含めた保健、医療、福祉サービスの質の確保及び向上を図るための活動を強化する事が必要である。

表 5-2 第五 社会福祉等の関連対策との連携に関する基本的事項

介護保険制度の円滑な実施のための取組

住民のニーズに応じた適切な介護保険に係るサービス等を提供するため、介護保険制度の円滑な実施のための取組が重要である。

このため、市町村、都道府県等は、次のような取組を行うことが必要である。

- 1 市町村においては、保健部局と介護保険制度との連携を蜜にとり、老人保健事業と介護保険事業とを有機的かつ連続的に運用すること。
また、高齢者の生涯を通じた健康づくり対策、要介護状態等にならないための予防対策及び自立支援対策を強化し、介護等を必要とする高齢者を早期に発見するとともに、必要なサービスを開発し、提供する地域ケアシステムづくりを推進すること。
- 2 都道府県においては、保健部局と関連部局、関係機関及び関係団体とが十分に連携するとともに、市町村に対して、都道府県内の保健、医療、福祉サービスに関する情報を提供すること。
- 3 都道府県は、保健所において、市町村が介護保険制度を円滑に実施することができるように、市町村が行う介護保険事業計画の推進、サービス資源等についての市町村間の広域的調整及び開発等に対して支援を行うこと。
- 4 政令市及び特別区は、市町村として担うべき役割に加え、都道府県が設置する保健所の担うべき役割のうち保健医療福祉情報の収集、分析及び提供等の役割も担うこと。

も期待されている。

保健婦は日常の業務として保健活動を行っており、また公衆衛生の視点を持っていることから住民のニーズを把握し、行政需要を判断しやすい行政職員であると思う。このような特徴を活かして住民の生活に根付いた健康問題の施策化を行ったり、住民ニーズに合った制度の運用を行うことができる立場にいると思う。前述したように地方分権の時代であり、地域の問題を地域で施策化し、解決していくことが必要となることから、行政職員は事務のみを行うのではなく、住民の情報をいかに施策に反映させるかが重要な役割となってきた。

保健婦の基礎教育は専門教育が中心であるため、行政職員としての能力をつけるためには、職場の中で特別な努力をしていかなければならないと思う。例えばOJTとして行政の様々な部門で働くことや、行政のしくみや制度、行政機関の役割や限界、そして組織を動かしている「人」を知ることが行政職員としての能力を高める上で必要なことである。このような能力を中堅以上の保健婦は積極的に身につけて、地域特性のある地方行政を展開していく行政職員として活躍して欲しいと考えている。

おわりに

平成12年6月にWHOの健康指標として始めて発表されたわが国の健康寿命は、平均寿命と並んで世界一であった。健康に関する様々な施策の実施が総合的な効果を上げた結

果と思われるが、一方、住民個人に目を転じれば、いろいろな健康不安や問題を持っている方々が多い現状にあると思う。

保健婦は、地方自治体の職員として、国からの施策を受け止め、地域特性を活かした事業の実施を長年行ってきた成果が、このような健康指標に影響を与えていることは、保健婦自身が実感していることと思う。2020年の超高齢化社会に向けてこの健康寿命世界一を維持していけるかは、今後の健康増進運動、生活習慣病予防、介護予防がどのように展開されるかにかかっており、保健婦活動に対する期待は、今後ますます高まるものと考えている。

参考文献

- 1) 健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会：21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）について報告書：平成12年2月
- 2) 地域保健問題検討会：地域保健問題検討会報告書：平成11年8月12日
- 3) 災害時の地域保健医療活動：監修厚生省健康政策局計画課・指導課
- 4) 家庭訪問の移り変わり：野村陽子：結核展望
- 5) 地域保健事業報告、保健所運営報告：厚生省大臣官房統計情報部
- 6) 奥田道太：都市型社会のコミュニティ：劉草書房、1993
- 7) ローレンス W.グリーン他、神馬征峰他訳：ヘルスプロモーション：医学書院、1997