

2010.01.28 五十嵐千代 資料①

「変わる保健師教育課程」

【健康危機管理論の中に、自殺対策を位置づけ】

平成21年7月に60年ぶりに看護基礎教育に関する事項において、保助看法が改正になり、保健師教育は6ヶ月以上から1年となった。

大学における保健師教育は、現在の指定規則では23単位であるが、全国保健師教育機関協議会（会長 東京大学 村嶋幸代）では、法改正後は最低で40単位のカリキュラム案を作成している（表1）。

日本看護協会では、保健師教育を大学教育後の積み上げ2年を目標としている。

自殺対策においても、保健師が機能するような、基礎教育を検討している。

表1 法改正後の保健師教育教科目（案）

2009.9 現在

	科目名	主な内容
基礎	公衆衛生看護原論	公衆衛生看護の歴史、哲学、倫理、国際動向 理念 社会的公正 社会的防衛、職業倫理、業務形態 社会環境の変化と健康 公衆衛生看護コミュニケーション
個人/ 家族	家族環境健康論	家族システムの理解と家族アセスメント 家族の環境アセスメント 家族介入理論、家族支援評価
	健康増進支援論	保健行動理論 母子の成長発達支援 成人期の保健行動獲得変容支援 高齢期の健康増進支援 メンタヘルス 歯科保健支援
	ハイリスク支援論	精神障害者地域支援、難病者支援 高齢者介護予防支援、要介護者地域支援、ケアマネジメント 虐待 DV への予防と支援 ホームレスへの支援 うつ、自殺予防への支援
	健康教育・学習支援論	グループ・ワーク理論 社会学習理論 ペタゴロジ 健康教育介入理論 ティーチングとコーチング
集団/ 地域	地域看護アセスメント論	現在コミュニティ論 人口論 地域経済論 地域特性論 地域経済論 地域特性論 地域文化論 地域での健康データと収集方法 地域健康データの読み取りと分析 地域の健康課題 地域の看護アセスメントの実際
	地域保健事業計画・評価論	保健事業展開 マーケティング論 保健事業計画論 保健事業評価
	組織協働活動論	組織の構造と機能論 組織運営論 組織リーダーシップ論 町内会、地域組織論 NPO ボランティア論 コーディネーション論 住民参加と協働 コミュニティエンパワメント コミュニティビジネス
	健康危機管理論	地域健康危機管理総論 感染症対策（新型ウイルス性疾患、結核、自殺 AIDS他） 自然災害対策（地震、大雨） 人工災害対策（テロ、爆発、事故） 危機時の情報管理、健康危機時の地域支援体制の構築と役割分担 平穏時の予防と準備活動
	産業保健論	産業保健の理念、歴史、産業保健の制度 産業保健の健康課題

		産業保健の展開と実際
	学校保健論	学校保健の理念、歴史、学校保健安全の制度 学童、思春期の健康課題 学校環境管理 養護教諭の職務
政策・ 管理	健康政策論	政策の仕組み 予算 エビデンスに基づく政策展開とクリティーク
	公衆衛生看護管理論	組織管理と人材育成 業務管理 情報管理と倫理
	地域システム開発論	地域開発論 地域ケアシステム論 ネットワーク形成論 地域人材 開発 システムネットワークのダイナミズム
専門 基礎	保健福祉行政論	保健福祉行政の理念と制度 地方自治と地方分権 地方行政財政制度
	疫学	疫学概念 疾病頻度の測定と指標 記述疫学 分析疫学 疫学的 研究方法(横断研究 縦断研究 コホート研究 介入研究) 偏りと交絡 因 果関係 スクリーニング 疫学統計 疫学倫理
	医療経済論	国民医療費と医療制度 医療の経済効果 医療サービスの供給と需要 医 療保険
実習	個人・家族・グループの 継続生活支援実習	家族支援 継続的支援関係構築 健康増進と成長発達支援 セー フティー・ネットワーク 家庭訪問 健康相談 健康教育
	地域支援学習	地域看護アセスメント(地域診断) 地域組織活動と住民参加 コミュニティ エンパワメント ンポピュレーションアプローチ 保健事業 健康危機管理 産業保健 学校保健
	健康政策・管理実習	保健施策・保健計画 行政評価 ケアの質保証
研究	公衆衛生看護学研究 方法論	論文のクリティーク 調査研究方法 質的研究方法
	公衆衛生看護学課題 研究	

<自殺対策にみるこれからの保健師像>

【背景】わが国の自殺者数は 11 年間連続で 3 万人を越えており、先進国の中ではトップであり、異常な状態が続いている。自殺者の約 3 分の 2 は労働年齢層であり、判明している自殺理由の約半数がうつ病などのメンタルヘルス関連の健康問題である。自殺対策において、prevention, intervention, postvention の全過程において、保健師の機能が期待されている。

【自殺予防に求められる保健師の役割】

I. 産業保健における保健師の役割

- 1) スクリーニング・セーフティーネット体制の構築
 - 2) ハイリスクアプローチ
 - 3) カウンセリング
 - 4) コーディネーション・・・産業医・主治医・臨床心理士・所属長・人事部・労働組合・家族
 - 5) 職場組織への提言
 - 6) 経営方針・CSR（企業の社会的責任）への提言
 - 7) 快適職場づくり・・・ハラスメント防止や公平な職場環境、職場の心理的負荷軽減
 - 8) 事業体全体での自主的な健康づくり活動への支援・・・労働衛生マネジメント支援
 - 9) 健康教育
 - 10) 啓発活動
 - 11) 施策化・・・予算化・PDCA
 - 12) 行政保健・学校保健との連携
- 職場組織・経営方針・CSR への提言ができていない保健師が多い

II. 行政保健における保健師の役割

- 1) 啓発活動
 - 2) セーフティーネット体制の構築
 - 3) ハイリスクアプローチ
 - 4) コーディネーション・・・家族、医療機関、社会福祉士、NPO など
 - 5) カウンセリング・・・本人、家族、自死遺族
 - 6) 健康教育
 - 7) 施策化・・・予算化・PDCA
 - 8) 産業保健・学校保健との連携
 - 9) ハローワークでのスクリーニングとケア*（2009 年自殺対策推進会議委員として筆者が提案）
- 対人能力が低く、展開する視野が狭い保健師が多いとの指摘あり。

III. 学校保健における保健師の役割

- 1) スクリーニング・セーフティーネット体制の構築
- 2) ハイリスクアプローチ
- 3) カウンセリング（ポストベンションを含む）
- 4) コーディネーション・・・校医・主治医・学校長・スクールカウンセラー・担任教師・

家族

- 5) 学級組織への提言
 - 6) 教育方針への提言
 - 7) 健全な学校づくり・・・いじめや不公平のない学校環境、教員の心理的負荷軽減
 - 8) 学校全体での自主的な健康づくり活動への支援
 - 9) 健康教育
 - 10) 啓発活動
 - 11) 施策化・・・予算化・PDCA
 - 12) 行政保健・産業保健との連携
- 生徒・教員・保護者・地域・行政を連動させた健全な学校風土形成が困難

【保健師としてこれから求められる能力及び資質】

I. 1次予防

- 1) 個人・集団・組織の連動する顕在的・潜在的健康問題をアセスメント
- 2) エビデンスを用いての首長・事業者などへのトップアプローチ
- 3) ハイリスクが抽出されるシステム構築
- 4) 決め細やかで多様な社会資源をとらえた多角的なコーディネーション
- 5) 啓発・広報活動
- 6) 健康教育
- 7) 健全な環境・風土形成のためのポピュレーションアプローチ
- 8) エンパワメントされた自律した集団・組織活動への支援
- 9) 健やかな生活環境整備への支援

II. 2次予防

- 1) ハイリスク者の的確な抽出
- 2) 本人及び家族への質の高いカウンセリング
- 3) 産業保健・行政保健・学校保健が連携した質の高いハイリスクアプローチ
- 4) 産業保健・行政保健・学校保健が連携した質の高いコーディネーション

III. 3次予防

- 1) 産業保健・行政保健が連携した円滑な社会復帰へのコーディネーション
- 2) 本人及び家族への質の高いカウンセリング

IV. 自死遺族へのケア

- 1) 家族への質の高いカウンセリング
- 2) 家族会などへのコーディネーション
- 3) 家族会などの組織への支援

【まとめ】自殺の原因は複合化していることから、顕在・潜在化している問題を的確にとらえ、早く対応し、きめ細やかで多面的なコーディネーションが必要になる。これらを統合しながら連続性をもって実践ができる保健師がのぞまれる。行政保健・産業保健・学校保健等すべての領域で働く保健師の連携によって、わが国の自殺対策に必ず寄与できるはずと考える。そのためには、すくなくとも保健師は、大学院卒業相当以上の質の高い職種としての教育が不可欠である。