

第2回「卒業生の保健師の集い」をふりかえって

鈴木 知代* 中野 照代* 藤生 君江* 入江 晶子*
仲村 秀子* 木下 幸代* 式守 晴子**

聖隷クリストファー大学 看護学部*
東海大学 健康科学部 看護学科**

Looking Back to the 2nd Meeting of “Public Health Nursing Graduates”

Tomoyo SUZUKI* Teruyo NAKANO* Kimie FUJII* Shoko IRIE*
Hideko NAKAMURA* Sachiyo KISHITA* Haruko SHIKIMORI**

Department Of Nursing, Seirei Christopher College*
Department Of Nursing School Of Health Sciences, Toukai University**

抄 録

第2回「卒業生の保健師の集い」を、第1部「健康日本21と保健計画」の講演と第2部では3つのテーマ（家族援助、個別健康教育、精神保健相談）を設定しての分科会形式で実施した。分科会32名の参加者の声は「他の市区町村の活動内容を知り、自分の活動と比較検討して今後の参考となった、と同時に明日への活力になった」というものが最も多く、情報交換のニーズの高さや交流の場の必要性が確認された。

キーワード：卒業生・保健師・保健師活動・卒後教育

はじめに

本学の地域看護領域では平成12年から、本学の卒業生で行政で働く保健師を対象として、各市区町村の情報交換、卒業生の交流、卒業後の大学における教育を目的に年1回の「保健師の集い」をスタートさせた。平成14年3月2日に第2回目を開催したので報告するとともに、現在の卒業生の状況を明らかにし今後の卒業生のサポートの一助としていきたい。

1. 第2回「保健師の集い」の概要

全体構成は、表1に示した通り、第1部と第2部にわかれて実施した。第1部は現在各市区町村で取り組んでいる「健康日本21」を取り上げた講演形式で行ない、第2部は最近の保健師活動の話題である“家族援助”“個別健康教育”“精神保健相談”と3つのテーマを取り上げ、分科会形式で討論を進めた。

表1 第2回卒業生保健師の集いプログラム

時間	内容	講師など
13:10 ~14:10	講演「健康日本21と保健計画について」	藤生君江
14:20 ~16:30	分科会 Aグループ 家族援助について Bグループ 個別健康教育について Cグループ 精神保健相談について	話題提供 中野照代 話題提供 木下幸代 話題提供 式守晴子

2. 参加者の概要

第1部の講演の参加者は35名、第2部の分科会では、Aグループ14名、Bグループ12名、Cグループ6名の計32名で、全員保健師であった。テーマを事前に通知し、参加する分科会の希望をとった。

分科会参加者の特徴は、表2に示す通りである。32名中、65.6% (21名) が静岡県内の市町村の保健師であった。また、人口別では59.4% (19名) が人口10万人未満の市区町村であつ

表2 参加者の概要<<都道府県別・市区町村人口規模別・経験年数別>>

() 人数

	Aグループ(14)	Bグループ(12)	Cグループ(6)
都道府県	静岡県内の市町村(9) 愛知県内の市町村(3) 岐阜県内の市町村(1) 東京都特別区(1)	静岡県内の市町村(7) 岐阜県内の市町村(2) 愛知県内の市町村(1) 石川県内の市町村(1) 埼玉県内の市町村(1)	静岡県内の市町村(5) 愛知県内の市町村(1)
市区町村人口規模	1万人以内(2) 1万人以上~10万人未満(3) 10万人以上~20万人未満(2) 20万人以上~30万人未満(0) 30万人以上~40万人未満(1) 40万人以上~50万人未満(0) 50万人以上~60万人未満(6)	1万人以内(1) 1万人以上~10万人未満(7) 10万人以上~20万人未満(2) 20万人以上~30万人未満(0) 30万人以上~40万人未満(0) 40万人以上~50万人未満(0) 50万人以上~60万人未満(2)	1万人以内(0) 1万人以上~10万人未満(6)
経験年数	1年(1) 2年(4) 3年(7) 4年(0) 5年(2)	1年(3) 2年(2) 3年(3) 4年(4) 5年(0)	1年(2) 2年(1) 3年(1) 4年(1) 5年以上(1)

た。経験年数では3年以内の保健師が24名で75.0%を占めた。

3. 第1部の要旨

21世紀における日本保健医療福祉には重要な2本の柱がある。その一つは「健康日本21と健やか親子21」であり、二つ目は、「介護保険制度」である。

「健康日本21と健やか親子21」の保健活動に至った歴史は、世界の潮流としてはまず1940年にウインスローによる「公衆衛生の定義」が源流としてあげられる。第2次大戦後1946年にWHOが設置され、1976年に「健康憲章」が、1978年には「PHC宣言」、1986年には「ヘルスプロモーション」が打ち出された。日本においても、これに呼応し1978年に「第1次健康づくり対策」、1988年に「第2次健康づくり対策」そして第3次健康づくり対策にあたる「健康日本21」が打ち出された。長い歴史をたどると保健活動の理念は、国家の方針、戦争など様々な事件があり紆余曲折を経ながらも、人々の健康と幸せを心より願った住民主体の保健活動、人々の健康的な生活を整える環境づくりの2点については、営々と変わることなく続けられてきたと考える。

そこで講演では、21世紀の日本保健医療福祉において重要な柱の一つである「健康日本21と健やか親子21」について概要を説明し、実践に移すために欠くことのできない「保健計画」について説明がなされた。この保健計画は、保健師が活躍する市町村にとって必然であり、公的な責任であること、ポイントとしては、目的・目標の明確化、長期展望に立った保健行政の必要性、住民ニーズの把握、関係機関との連携、効率的かつ継続的・計画的という7点が強調され最後に保健師への期待、役割が述べられた。

4. 各分科会の話題提供内容と討論内容、考察

1) Aグループ（家族援助について）

資料に基づき教員からの話題提供内容は、家族への関わりの技法についてであった。その具体的内容は、①家族へのかかわりのきっかけ、②ジョイニング、③質問（問題を明らかにするための直接的質問と問題をどのように説明するかについての円環的質問）、④アセスメントの内容、⑤仮説を立てる、⑥介入段階の説明であった。

その後3歳児健診の“保健師面接事例の逐語録”（保健師が3歳児健診時、子供の発達を観察しつつ母親との育児相談に応じているもの、会話の途中から家族の問題や子供に対して愛情不足ではないかという不安を訴えている事例）をもとに、「自分ならこう対応する」という意見を出し合い討論がスタートした。そして、問題意識をもたない対象への介入方法や虐待、乳幼児健診に関することに話題が発展した。また、他職種・他機関との連携について、自分の行なっている連携への努力の紹介、一方システムがあっても機能していない現状等が出された。介護保険制度施行後の保健師活動としての痴呆予防・介護予防・介護者支援で、80歳以上の高齢者や一人暮らし高齢者の家庭訪問が増加している現状も報告された。

3歳児健診の保健師面接事例の逐語録をもとに討議した内容は、表3に示すように3つに大きく分けられ、15の項目に分類された。

【事例に関連した発言】では、〈面接場面での指導内容についての疑問〉、〈母親自身の思い・考え方を明らかにする必要〉、〈母親の不安や育児問題に一步踏み込んで関わる必要性と困難〉、〈保健師が見に対するアセスメント・判断を母親に伝えることの重荷〉に関する発言であった。

【それぞれの市区町村における活動の紹介】では、〈母親の育児不安への対応〉、〈児の問題と直面できないあるいは保健師に対して拒否的な母親への関わり〉、〈虐待ケースの発見のきっかけ〉、〈虐待防止対策〉、〈気になるケースへの対応〉、〈家庭訪問の重要性〉、〈職種間連携〉が出された。【その他の保健活動】については、〈家庭訪問の状況〉、〈介護保険以後の保健師の関わる対象の変化〉、〈介護予防保健活動〉、〈介護者支援事業〉に関する内容があがった。

乳幼児健診における“保健師面接場面逐語録”は、家族へのどのような関わり方が母親のどのような問題や思いを引き出しているか、保健師との相互作用の結果は問題の改善や関係性の変化あるいは今後の保健活動につながっているかなどを検討するための素材として提示した。しかし今回の討議の中では事例がきっかけにはなっているものの、中心的な課題はそれぞれ卒業生が普段感じている問題に集約されていた。即ち、問題を内在させていながら保健師の前ではそれを表出しないあるいはできない母親に、どう関わって有効な支援につなげていくかであり、その中で保健師として最も強い武器の一つといえる家庭訪問の重要性や職種間の連携が話題となった。これらの討議を通して住民に対する保健サービスの最前線で働く卒業生保健師の真剣な姿勢を感じる機会となった。

アンケートの“感想”では、「他の市区町村の情報を得て参考になり活力を得た」という意見が最も多く、「家族への関わりの技法では色々な場面が浮かんだ。自分のやっていたことの理論的裏付けができた」という今日の話題提供を自分の関わっている事例に適用できた者、「久しぶりに同級生や先生に会えてよかった」という声も聞かれた。

2) Bグループ (個別健康教育について)

参加者の中で、個別健康教育を担当している者は6名程度であった。他の者は先輩保健師の実施状況を把握している者や、現在計画中の所もあった。その中で出された話題を表4と表5にまとめた。話題は現在実施している上での【個別健康教育の問題点】と現在実施している【個別健康教育の工夫点】に大きく2分された。

【個別健康教育の問題点】としては、〈評価方法が確立されていない〉、〈事後フォローの方法を模索中〉、〈参加者の偏り〉、〈個別と病態別教育の限界〉、〈マニュアル通りに実施することへの疑問〉、〈病院との連携の課題〉があげられた。実施する上での対象者の選定や内容、評価方法、事後フォローの方法など援助過程における問題点があげられ、個別健康教育の方法の確立がまだ十分にできていない現状であった。また、国のマニュアル通りに実施してきたが、今までの集団健康教育と分離していること、さらに糖尿病、高血圧、高脂血症と病態別に分離され実施されているが、全てを生活習慣病として捉えた方がいいのではないかとの意見も出され、保健活動全体の中での個別健康教育の位置付けを明確にすることの必要性が確認された。

しかし、市町村によっては個別健康教育への工夫もみられた。【個別健康教育の工夫点】としては、〈参加者に対して一人一人担当保健師を決めて対応〉、〈個別と集団と組み合わせ病態別ではなく生活習慣病対策としてのプログラムを実施〉、〈病院との連携のシステム化〉、〈事後フォローの方法の工夫(継続性の重視、OB会、家庭訪問へつなげている)〉、〈これを機会として保健師を増員〉、〈評価方法の工夫(セルフ・エフィカシーの測定)〉があげられた。ひときわ注目を集めたのはK市であり、病

表3 Aグループ(家族援助)の討論内容

【事例に関連した発言】

1. 面接場面での指導内容についての疑問
目の検査が正確でない母親に対して検査の必要性を話すことが必要ではないか。 他
2. 母親自身の思い・考え方を明らかにする必要
「児の言葉の遅れや落ち着かないことは母親のせいだ」と祖母が言うことに対して、お母さんはどう思うのかを確認するほうがよい。 他
3. 母親の不安や育児問題に一步踏み込んで関わる必要性と困難
健診場面で母親から悩みを訴えられた場合、普通の母親でも虐待が起こりうるといわれているので、「何かあったらまたおいでください」ではなく、訪問させてもらうことでつなげるほうがいいのではないかと。 他
4. 保健師が児に対するアセスメント・判断を母親に伝えることの重荷
保健師が子供を普通だとか異常だとか判断する役割を担うことは大変難しいと思うし、重荷である。ここで逆にお母さんに「お母さんはどう思う？」と聞いてみてもいいのではないかと。 他

【それぞれの市区町村における活動の紹介】

5. 母親の育児不安への対応
サークルを出た母親に対して、何かあったらいつでも戻って相談をかけてもらったり、鬱憤を晴らす場にして下さいとすすめる。一方サークルのお母さんたちにはそのような不安を抱えたお母さんのサポートをお願いしている。チャンスを逃さないようにタイミングを見計らってズバツと言ってしまわずにお母さんの気持ちの変化を追いかけていくようにしている。 他
6. 児の問題と直面できないあるいは保健師に対して拒否的な母親への関わり
母親が問題と感じていなくても善悪の評価なしにその状況だけ事実を伝え、その人が自分から行動するときを忍耐強く待つ。ふと思えば何らかの変化が起こっているということもある。長い目で見ることが必要。 他
7. 虐待ケースの発見のきっかけ
1回の健診でかなりの数をこなしているため面接場面での発見は全くない。健診の未受診者の家庭訪問、精密検査対象者の中から上がってくるかもしれない。 他
8. 虐待防止対策
虐待連絡協議会を組織 他
9. 気になるケースへの対応
時間をおかずその日のうちにも電話連絡する。早いほうがよい。 他
10. 家庭訪問の重要性
健診で気になる場合は、その日の午後でも訪問する。家に行くと状況がよく見える。ふすまに穴が開いていたり、乱れていたり様子がよくわかる。母親も自分の家だからぼろぼろと話し始めることができる。そんなことが何度かあった。 他
11. 職種間連携
健診は母親も赤ちゃんもよそ行き。ほとんど健診での訴えはないけれど、訪問したり児童館や街であったときに本音が出ることもある。健診だけで問題解決は難しい。I区の場合は出生段階で両親の関係が悪かったりすると保健師のほうに退院時連絡があったり、学校からかわりの必要なケースのサマリーを送ってくれたりする。その場合は母親の了解をとってあるので保健師も入りやすい。 他

【その他の保健活動について】

12. 家庭訪問の状況
13. 介護保険以後の保健師の関わる対象の変化
14. 介護予防保健活動
ハイリスクの高齢者を対象に介護保険開始と同時に地域デイサービスを立ち上げた。3年計画で地区公民館単位で自主活動を進めている。現在最初の30分は保健師が関わり、後は地域のリーダーが中心となって楽しく過ごしたり、機能訓練的な要素も取り入れて活動している。 他
15. 介護者支援事業
要介護者の家には介護者がいる。しかし要介護状態の人への訪問ニーズがどんどん少なくなっているため対象者を拾うのがなかなか難しい。

表4 Bグループ(個別健康教育)の討論内容 :【個別健康教育の問題点】

<p>1. 個別健康教育の評価方法が確立されていない 高血圧を基本健康診査の事後で10人実施し、半年間フォローした。問題点として、半年間で血圧が下がったが、果たして本当に個別健康教育によるものか、それとも他の要因か。</p> <p>2. 個別健康教育の事後フォローの方法を模索中 ・規定の6ヶ月間実施、その後その人達がどうやって継続していくかが課題。6ヶ月が終わると、とりあえず打ち切りになって、今後の関わりを考えなければならないのかと思うところなんです。 ・事後訪問を実施、大体300人ちょっとぐらいの人を全員で一気に結果をもって訪問するんですけども、同じ人に何回も関わる方がいいことなのか、新規にどんどん増やしていくのがいいことなのか？</p> <p>3. 参加者の偏り 高脂血症、高血圧と、糖尿病と3つ実施、参加者の最低条件が全部出席してくださる方ということなので、働いていない年代の方が女性ということになってしまい偏りがある。</p> <p>4. 個別健康教育の限界(集団教育との分離、病態別のデメリット) ・あまりにも個と個になってしまうので、調理実習の会を開いたら、お互いに色々お話ができ一緒に頑張っている人がいるっていう、本当に指導者と対象者と一対一だと限界があるのかなって感じる。 ・なかなか難しいですね、自主グループって。個別健康教育だと個別ばかりなので立ち上がらないですよ。だから集団と合わせると、いいとは思いますが、今は集団は別にやっている。</p> <p>5. 個別健康教育をマニュアル通りに実施することへの疑問 ・初年度は本当に国のマニュアル通りに実施したが。 ・糖も高脂血症も最初に、事前の生活プロフィール調査があって、詳細に主に“食”が多いんですけども、ほんとうに、何をどれだけ食べるぐらいの細かい調査をするんですね。それを全部ソフトがあるので入れ、その生活習慣の中のいくつかの項目にターゲットをしばって指導する。そのマニュアルもあるんですが…。 ・マニュアルをみると細かすぎて無理かなと思うのですが。</p> <p>6. 病院との連携の課題 これだけ検査値でみていくのなら、上手に医療機関、医師会と協力したり、市の病院と協力できればまた違うのではという思いはあるが、今後の課題。</p>

院との役割分担がとれ保健師へ事例の紹介システムが完成され、医師も1次予防の重要性を理解しているとのことであった。さらに、教育後にOB会結成まで発展し、これらの活動を通して保健師増員まで図られていた。その成功要因として、地区診断を実施し住民の健康問題を明確にして、健康日本21の地方版を完成させ活動を展開している点であることが発言者より述べられた。理想的な活動の視点を示した事例であり、参加者も刺激になった様子であった。

教員の話題提供は、それぞれの活動が出された時点でそれを補う形をとり、特に生活習慣病の行動変容や、セルフ・エフィカシーについて理論に基づいて説明がなされた。

アンケートの“感想”では、「他の市区町村の状況を聞き勉強になった。目からウロコで

す。勉強になった内容は対象者選定の方法、事後フォローの方法など」という他の市区町村の情報により自分の活動を振り返った者が最も多かった。今日の話題提供より「セルフ・エフィカシーを取り入れてみたい」と、今後の活動の評価視点を考えた者もいた。

3) Cグループ(精神相談について)

精神保健福祉法改正により平成14年度から精神障害者への支援業務が市町村の業務として移行されるにあたりこのテーマをC分科会では取り上げた。参加者の活動の現状は、精神障害者との関わりがほとんどない者4名、保健所保健師との同行訪問の経験がある者1名であった。

話題提供者より、「2002年度精神保健福祉業務の保健所業務の市町村への移管の経緯」がま

表5 Bグループ(個別健康教育)の討論内容 :【個別健康教育の工夫点】

1. 一人一人の参加者に担当保健師を決めて対応
 高血圧実施、対象者一人を保健師一人が担当する形で、マニュアル本が出ているのでその通りに6ヶ月間くらい、その一ヶ月後に面接と検査を実施。地区担当があるので、その地区担当でやったりしている。
2. 集団の教室も含めて病態別ではなく生活習慣病としてプログラム化
 個別だけではなく、既存の生活習慣病予防教育に個別をいれて、血液検査を実施している。教室の対象者は基本健康診査とは関係なく全市に広報でお知らせをして、高血圧も高脂血症も糖尿病も肥満も全部一緒にやっている。調理実習はある程度病態別にわけが、運動やグループワークは一緒の方が効果的、まだ検査結果は出ていないが、感触としてはだいぶ検査値が下がったと感じている。
3. 病院との連携とそのシステム化
 基本健診で事後フォローの必要な人は通知と必ず市のほうから訪問をしている。あと、要医療の中に医師からこの人は要医療の判定だが、要指導で変わる見込みのある人を紹介してもらい、保健師が訪問に行くと、「先生から聞いているし、参加します」という事で。葉飲む程度ではないとか、生活習慣を改善する程度の問題であると医師が判断した場合は連絡が入り、教育が入るという形をとっている。この教室でこの人がこう変わったっていうのを必ず報告書で、またその医師に返すと、次にまた新しい人を紹介してくれる。
 システム化された要因1：健康日本21の地方版をつくったことにより医師が1次予防の大切さを理解
 システム化された要因2：地区診断をして、データから何が問題かその要因分析をしたこと
 K市は糖尿病が増え、透析も多いことを医師が理解。国保の入院外の診療分をみても増えてくることがわかった。温泉があるので、温泉の女中さんって不規則な生活をされたりとか、必ずお酒が入ったりとかで。
4. 個別健康教育の事後フォローの工夫(個別対応)
 検査データが悪くなった場合は必ずその担当保健師が電話する。定例の相談に誘うとか訪問し、生活を見直して継続できる様にしている。データはパソコンで管理しているので、継続的にみることはできる。
5. 個別健康教育の事後フォローの工夫(OB会設立)
 糖尿病のOB会は、大体80人くらい。2ヶ月に一回集まっている。昨年度は個別と集団と別々、今年度は個別の中に集団を入れて。運動と講義と調理を個別の4ヶ月指導の間に入れたりとかして最後にOB会の人を会わせて、自主グループにながす。
6. 保健師の担当地区を変えない
 今までずっと変わっていたんですけども、住民からしてみると「誰に相談していいのかわからん」って。
7. 健康問題でマンパワーを増やすことへ転換
 時間も費やし、新規の人も増えている。保健師を増やしていつている。これだけ住民は必要としているということを示し、援助側を増やすという風にならってきた。
8. 家庭訪問の必要性
 訪問に行くと私達が想像できない位すさまじい生活をしている人が多く、水商売の人とか、生活が苦しくて食生活までまわらない、肥満もただの肥満じゃなかったりとか、いろんな人がいて、そういう人達が増えたり、30歳代ぐらいの人達が増えきたと思う。なかなかその改善は難しいが、訪問する事によって「保健師さんから訪問されたぐらいの値なんだ」という動機づけができると思う。その時期はすごい大変、現在のマンパワーの中でいかに他の事業もやりながらが課題。訪問はやっぱり人数に制限があるから。
9. 評価方法としてセルフ・エフィカシーの測定
 行動変容の効果にセルフ・エフィカシーを測定。最初の初回と5ヶ月後指導の時に使っている。

ず話された。精神保健福祉の分野は近年大きく様変わりしている。1988年に施行された精神保健法はその後4回改正され、精神保健福祉法と呼称も変わり、改正のたびにグループホーム、地域生活支援センターなど社会復帰を促進する事業が設けられた。約33万人といわれる入院者を

対象にした入院中心の医療から地域医療へと転換しようとしている。実際、外来患者数は増加し、1999年は約170万人と推計されており、また単に医療を提供するだけでなく、地域で精神障害者を支えるために福祉と連携した総合的な社会支援システムづくりに向けて様々な事業が整

備されてきた。

1994年制定の地域保健法の基本方針から、精神障害者に対する利用頻度の高いサービスは、保健所の協力を得て市町村の保健センター等が行うことが求められていた。しかし、1999年精神保健福祉法改正の柱の一つに、精神障害者の身近な地域で必要な福祉サービスを提供する体制を整備することがあげられて、市町村事業として精神障害者居宅生活支援事業（ホームヘルプサービス）や精神障害者短期入所事業（ショートステイ）が創設され、2002年度から実施される予定となった。同時に2002年度から市町村が次にあげる事業を主体的に実施し、保健所と協力して実情に応じた社会資源などの整備を行うことになった。〈居宅生活支援、社会適応訓練事業の利用についての相談や助言、調整〉、〈精神障害者の保健福祉手帳の普及と窓口業務〉、〈通院公費負担の窓口業務〉、〈居宅支援事業の実施〉等である。これらの事業と共に、市町村管内の連絡調整会議の開催や、精神障害に対する正しい知識の普及も重要な業務となった。

次に、「市町村移管に伴う課題として、移管されるであろう業務の精神保健福祉法における位置付けや意味」について解説された。精神科リハビリテーションでは、精神保健福祉法の理解を欠くことはできず、また数年前には社会復帰の4類型として教えていたものが社会復帰の5類型になるなど学生時代に学んだものとは用語や制度に違いが生じてきた。

さらに、「精神障害者の保健福祉手帳と他の障害者手帳の形式や利用範囲の違いやそれらが生じた背景」、「通院負担制度と保険による診療費の支払いの割合」などが説明された。そして具体的に、「精神保健福祉手帳や通院公費負担の申請に関する窓口業務」について説明され

た。説明の内容は、①精神保健福祉手帳は通院公費負担の申請の手続きを軽減することができること、②精神保健福祉手帳と障害年金の関係、③手帳の申請に必要な診断書に関連して本人への病名告知の問題、④手帳の申請と地域でのプライバシーの保護、⑤ホームヘルプサービスでのヘルパー等他職種との連携など精神障害者に関わる時に考えなければならない基本的な問題等であった。さらに、手続きの窓口業務を行うとしても、そこで社会復帰を進める機会となりうるので、日頃から担当する地区の情報だけではなく近隣社会資源ネットワークの情報収集の必要性を話し合った。また、「処遇困難ケースや警察官通報の対応」について説明された。

参加者からは、「申請時のかかわり（通院医療費の公費負担申請・精神障害者福祉手帳の交付の申請）をどのように、市町村の中で分担していくかまだ不透明な部分が多い」、「精神障害者関係の申請事務がわかりにくい」、「市町村の対応が見えてこないが、相談を受けても提供するものがみつからない」など今後の活動に対する不安が訴えられた。

市町村によって業務分担のあり方、居宅支援事業の準備などに違いがあり、今後具体的な移管の状況を見ながら、卒業生である保健師を支援する必要があると考えられた。また、もう一つの話は“「精神分裂病」が「統合失調症」と名称変更されるか？”ということであり、精神保健相談においても2002年は大きな変化の時であったと思われる。

アンケートの“感想”より、「今職場で必要なことに関して情報が提供され参考になった。イメージができた。業務の流れが整理できた。何を準備すればよいかわかった」等の声が多く不安の解消に役立ったと思われる。

5. 会への今後の要望

アンケートより、今後の要望として開催時期や内容、方法等があげられた。開催時期や回数に関するものは、「来年もぜひ開催して欲しい、定期的に開いて欲しい、年2・3回やってほしい、宿泊研修でもよい、今の時期がベスト、大学祭のころがよい」等であった。内容に関するものは、「母子保健の事例検討、ケースカンファレンス、子供の発達について、自主グループづくりの方法、保健・福祉の連携について、組織化について、事業のまとめを持ち情報交換、事業で内容をしぼる、健康日本21について各市町村の情報交換、保健計画の策定の方法や保健師の役割、技術的な研修（アンケート方法や評価方法）、先生の研究」等であった。方法については、「小人数で話しあえるように、事前に話し合いたい内容を聞いておいてテーマを細かくした方がよい」等があげられた。その他の内容は、「名簿を作成して配布して欲しい、メーリングリストをつくって欲しい、ホームページを作って欲しい、他の分科会の議事録も欲しい」等があげられた。

6. まとめ

平成12年の第1回「保健師の集い」では、仕事をする上での悩みとその対処についてグループインタビューによる調査を実施し、結果として大学における卒後教育の必要性が示唆された。それを受け第2回の「保健師の集い」では、講演と分科会形式をとり、現在の保健師活動の中心テーマを用いた。今回の目的としては、情報交換や活動に対して理論の裏付け・意味付け、さらに今後の活動のイメージづくりに努めた。

講演では、保健師が保健計画を策定し活動全体をみて、一つ一つの業務を展開することの意義が再確認できたと思われる。

家族援助と個別健康教育の分科会では、現在活動を展開している参加者が多く、具体的に活動内容の情報交換ができていた。家族援助のポイントや個別健康教育の問題点や成功事例のポイントも浮き掘りにされ、今後の活動の参考になったと思われる。しかし、両分科会とも内容は情報交換が中心であり、援助技術一つ一つを再検討することまでは至らなかったというのが実感である。また、精神保健相談の分科会では、不安の解消には役立ったと思われるが、スタートする今後の活動展開を待たなければならない。

終了して思うことは、経験年数3年以内の卒業生が多く、ニーズとしては日々の活動の情報交換が最も高いと痛感した。今後は情報交換のニーズに応えながらも、技術向上のための会とすることが課題と思われる。

終わりに

第2回「卒業生の保健師の集い」をふりかえり、年1回の定例会として定着しつつあることを実感している。討論内容やアンケート結果より、各市区町村の活動内容を知り、自分の活動内容と比較検討を行って今後の活動の参考にしようとする姿勢が随所でみられていた。また、一つの事業について討論できる場の喜びの声や、今後の活動の活力を得たとの評価も得ている。

このことを糧に、会の継続とともに今後については、卒業生とも話し合いよりよいものに発展させていきたいと考えている。

参考文献

- 1) 多田羅浩三編集 (2001) : 健康日本21推進ガイドライン、ぎょうせい.
- 2) 小西正光他 (2001) : 「健康日本21」を目標とした健康調査と保健支援活動、ライフ・サイエンス・センター.
- 3) 石井敏弘他 (2001) : ケースメソッドで学ぶヘルスプロモーションの政策化—施策化のセンスと技術—、ライフ・サイエンス・センター.
- 4) 石井敏弘他 (2001) : 地方分権時代の健康施策実践書 みんなで楽しくできるヘルスプロモーション、ライフ・サイエンス・センター.
- 5) 藤内修二他 (2001) : 新版保健計画策定マニュアル ヘルスプロモーションの実践のために、ライフ・サイエンス・センター.
- 6) 改正精神保健福祉法の概要 改正事項の説明と検討の経緯 (1999) : 精神保健福祉研究会監修 中央法規.
- 7) 我が国の精神保健福祉 平成13年度版 (2001) : 精神保健福祉研究会監修、太陽美術.
- 8) 資料 市町村における精神保健福祉業務マニュアル、平成13年4月市町村精神保健福祉業務の円滑な実施のための検討委員会、病院・地域精神医学44巻3号 142 - 145 2001年9月.
- 9) 精神障害者ホームヘルパー講習テキスト (2000) : 編集精神保健福祉研究会、へるす出版.
- 10) 鈴木知代、入江晶子、式守晴子、仲村秀子、中野照代、藤生君江 (2001) : 行政で働く卒業生 (保健婦・保健士) の抱える課題と対処、聖隷クリストファー看護大学紀要No.9 pp1-13.