

VI. 資料

1. 講話集

1. プログラム実践の意義 ―能力強化のための活動―
2. コンサルタントからの中堅期保健師へのメッセージ

2. 評価・アンケート結果

(自己評価結果、コンサルテーションプログラム評価結果、アンケート結果)

3. 平成 22 年度受講者その後の取り組み

4. 募集要項や様式等

(コンサルテーションプログラムで実際に使用した募集要項や様式等一式)

↓ 募集要項

↓ 記入要項

事前課題

中期Ⅰ 課題－2

中期Ⅱ 課題－3

中期Ⅲ 課題－4

後期 課題－5

↓ 記入シート

実践 様式 1～5

↓ アンケート・評価シート

受講者アンケートⅠ～Ⅴ

オブザーバーアンケート

プログラム評価

自己評価 事前・事後

受講者一覧

委員会開催状況・名簿

井伊 久美子（公益社団法人日本看護協会／常任理事）

コンサルテーション後期プログラム初日、井伊常任理事からは、中堅期保健師の能力強化のためのプログラムの6つのプロセス（活動内容）に込められた主旨について再度認識いただくために、自身のこれまでの活動を事例にした具体的な話があった。その抜粋を紹介する。

皆様おはようございます。

本日は「なぜこのようなプログラムを行っているか」ということをもう一度確認をする意味で私が1時間の時間をいただいております。その後、それを前提に各自が今回のこのプログラムの内容について、自分の実践・行動をどのようにしたかということについてそれぞれ振り返り、お互いに刺激もし合い自分の力にさせていただく。そのような展開で今日は1日グループワークを中心に進めることにしています。

中堅期保健師コンサルテーション プログラムの 目的

■ 次期統括者の役割を担える 中堅期保健師の育成

なぜこのようなプログラムを実施するのか

私自身は、保健師経験はもう30年以上になります。ここでは5年で、その前は教員を14年していましたから、実質現場の経験というのは14年ということになります。

自分の経験をあれこれ言うというのはいかにも回顧的ですし、“昔の名前で出ています”のような感じがするのであまりそのような話は本当のところはしたくないのですが、「中堅というのとは何か」ということを考えていただくために、申しわけありませんが自分の経験を少しお話しさせていただきたいと思います。

今回なぜこのようなプログラムを作っているかという理由の1番は、保健師としての、その課題に対する自分の考え、「私はこういう考えでこれをやるのです」というものを持たなければいけないということです。持ったら頑固にそれを堅持すれば良いわけではなく、考えを持ちつつ修正しながら、現場の対象になる市民や、それ以外のいろいろな人に役立つ保健師活動になるにはどうするか、そのときに、その健康課題に

する自分の考えを持つということが私としてはとても大事だと思っていて、それがいちばんできるのは中堅期だと思っているのです。それを中堅期でしないと、管理期になれば自然にするかといったら絶対しません。では新人のときにできるかという、そうでもない。

ですから、データを見るとか、国がどのようなことを言っているかもう一遍おさらいするとか、学識者がどういうことを言っているかとか、その学識者も、本気で言っている学識者と、御用学者で追随して言う人いろいろいますが、その辺のことは見抜かなくてはいけない。一遍には見抜かなくても見抜かなくてはという自分のスタンスを持つべきです。それから法律に書かれる言葉と実際に現場で何をするかということ、法律に書かれていることを活用しながら事業を進める方向に持っていくにはどうしたらよいかというのには、ある程度自分の考えが要るので吟味をする。そういうことをぜひ経験してほしいというのが、プログラムで最初の「データ整理」なのです。

能力強化のための活動内容 I

① 地域データ等の整理分析

各指標について、単年のみでなく、経年的、或いは法改正時等定点を設定し、推移をみる

② 法的施策的情報整理

関連法令、通知、要綱等の原文にあたる情報が各所属で、どのように扱われているかも確認する

だから、学生時分のように通り一遍のおさらいをするのではなく、今言われていることをきちんと批判的に見ていく。そういうことを是非してもらいたいというのがデータ整理であり、その次に「法的施策的情報整理」が必要なのです。

能力強化のための活動内容 II

③ これまでの取り組み、関連保健事業の総括

- 当該事業推進の経緯を確認する
- 参加者の反応や広がりを見る
- アウトカム評価の考え方を振り返る
- 保健師自身の活動実績も自己チェックする(訪問件数、地域への出勤回数等々)
- 他の保健師の取り組み状況や問題意識も確認

「訪問」や「対象者への聞き取り」が重要 ～私の体験から～

「法的施策的情報整理」がなぜ必要かということについて、私の経験を話します。

私は、認知症の介護問題に対して、「どのようにしてこのことを組織的に取り組むか」という課題を自分なりに持っていました。

昭和58年の老人保健法前後は、家庭介護教室というのをよく地域ではやっていました。要するに「家でお世話をすることについて、最低限の技術や知識を習ってもらいましょう」と。私が保健師として働いていた横浜市でも家庭介護教室、介護セミナーとか、そのようなことを実施していました。

実際には、そこにどのような人が来るかということ、半分くらいはボランティア希望者、半分くらいは実際に看ている人です。そのような人をわざわざ両方ミックスして来ていただいて、お互いに学べるように設定していくということだったわけです。

実際、看ている人は、本当に四六時中、24時間の介護ですし、当時はヘルパーもそれほどいないし、朝から晩まで自分でするのが実際上の介護の生活です。今、介護保険がスタートしてそれが本当にどのくらい改善しているかということ、法律をつくって税金を投入しているほど救われているのかという疑問が私にはあります。今から話をする介護者の組織と、私は今でもつながっていていろいろな情報が来ますのでそれを見ていると、制度ができるということと、(大方は女性である)介護をしているひとりひとりが救われるということには乖離があるというのが実感です。

その大変な介護生活を、介護セミナーに来て実際介護している人はしゃべるわけです。もう、延々と切れないでずっと愚痴話をしている人もいます。当時私は30歳過ぎですから中堅です。大先輩の保健師、上の

リーダーの保健師が、「みんな、そんなにいろいろな愚痴ってたって、実際に看られる者の立場が一番弱くて、一番悲しいんだよ」と大変教訓めいたことをおっしゃるわけです。そうすると、それまで愚痴っていた人が「そうですよね」と言ってその介護セミナーというのは終了になる、そういうことがずっとありました。片や、当時は老人保健事業所がスタートしたばかりですので、リハビリ教室、地域機能訓練事業などというのをしていたわけです。そこへ来ている人の、私が担当している地域の女性のほとんどが、介護をした後に自分が脳梗塞、あるいは脳内出血等々で、不自由になっている、そういう人たちが多かったです。ですから、そういうことについて保健師としてはどう取り組んだら良いか。

横浜市の場合は非常に早くから訪問看護事業をスタートしていましたので、1保健室に6~7人ずつ訪問看護師さんが雇用されていました。それで私たちも一緒に行く時もあるし、看護師さんに行ってもらう時もある。だから相当数の高齢者の訪問件数を、保健師も抱えているという状態でした。体の不自由な人、難病の人もなかなか難しかったですけれども、全身麻痺があるとか、脳梗塞とか、リウマチとか、そういう身体的にいろいろ世話の必要な人にはまだそれでも、看護師が訪問することや〇〇ホームヘルプ協会などというのがありました。ヘルパーさんをつなぐことで、区民30万の区に対し1個しか老人ホームはないわけですが、そういうところの方と連携しながら、ときには昼間使わない時間に銭湯を開放してもらって、高齢者をお風呂に入れてもらうようなことを保健師としては町中駆け回って仕事をする、調整をする、そのようなことをしていた時代です。

こうして、身体面のほうはまだ何とかやれたけれども、今で言う認知症、痴呆性老人に関してはほとんど手がついていませんでした。それにも関わらず当時から、高齢者の問題と認知症の問題というのはセットだったわけです。認知症はほとんど放って置かれている状態です。

どのような数字がそれを表しているかというと、横浜市は300万以上400万近い人口に対して、認知症の人の緊急入院ベッドというのが5床。何百万人の都市で5床です。ところがその5床のベッドはほとんど

空いているのです。認知症の人の総合相談窓口というのも各区に看板を上げました。月1回相談を受けているのですが、相談件数は0の日もある。年間件数は6件とか8件とか、それが実数なのです。

けれども高齢者は伏している。寝たきり老人等の訪問活動はずっとしているので、母数はどのくらいかというのは大方把握しているわけです。それに認知症の発症率を計算すると相談が年間6件や7件などというのはありようはずがないですし、市で5床のベッドでは、とてもではありませんが足りないはずです。ところがそのベッドが空いている。

当時の民生局の担当の課長さんに、「こういう問題なのですが」と、ヒラの保健師が行って、「普通だったらなかなか会ってくれないわよ」というのを、課長も所長も飛び越えて行って話をし、来て頂きました。そこで彼が何を言うかといったら、「横浜市といえども家族の介護力健在ということですよ」とおっしゃるのです。要するに、「市でそんなに施策はしなくても十分家族で看ることができているではないか。だから緊急のベッドも使わなくても良いし、それから、相談件数も少ないのはそういうことなのですよ、良いじゃないですか」と、そういうことをおっしゃるわけです。

能力強化のための活動内容 Ⅲ

④ 対象者聞き取り訪問と事例検討

- 当該健康課題の当事者のプロセスを聞き、実態把握する
- 当事者のその時々認識を確認する
- プロセスの中で、利用した保健サービスやその評価も聞く
- 対象者との人間関係を築く

⑤ 関係する機関、者への聞き取り訪問

- 当該健康課題に関係する機関、者の各取り組み状況や課題認識を聞く

どう思いますか、皆さん。

片や、その当時の厚生省が痴呆性老人対策という分厚い本を、学識者が何人も名前連ねてまとめ、きちんとした冊子として出しているわけです。それを読んでいくと、今の数字について私はわかりませんが、当時でしたら認知症の半分は脳梗塞、要するに脳血管疾患が原因なので、言い換えたら予防可能な認知症なのです。今はアルツハ

イマー症が増えてきているけれども、当時そこで報告されていたのは、アルツハイマー等々で認知症になる人というのは2割～3割内の数でした。ですからまずは予防ができる。

もう1つ書いてあったのは、「重要なのはどうやって家で看ることができるか」ということでした。今は在宅の問題のほうが大事だと思っていますが、それにしてもそれをバックアップする施設が極めて貧しかったのです。当時は本当に施設がありませんでした。私がいた区は約30万人の人口に対し特別養護老人ホームは1でしたから、施設などは全く、今でもまだ足りないのです。

そういう現状の中で、どのようにしてこの痴呆性老人対策を進めていくかといったときに、「重要なのは、どうやって家で看ることができるかということですよ」と書いてありまして、家で見たほうが安価だというわけです。この後で介護士さんに全部聞き取りをしていくと、安くつくのは国から出す金が安くつくのであって、個人個人が負担するのは大きな負担料になるわけです。当時、横浜市はおむつ代として年間2万円出していたのです。隣の川崎市は12万円、その隣の東京都は24万円でした。2万円を賄えるのかという話ですが、出してないから全体からすれば在宅のほうが安価だと、そういう書きぶりなのです。

在宅で看るのは、当然かのように「女性だ」と書いてありました。特に50代、60代の女性の皆さんにおいては、「これから必ず、そういう介護を担うことになるから、早めにボランティアなどでその準備を整えるということも施策としては重要だ」という書きぶりだったわけです。私などはその本を見ただけで怒り心頭です。

本当にこれで良いのかという疑問を持つ

「本を読んでそれを鵜呑みにしたり、国が言うとおりにすれば本当に私のところの市民は幸せになるのだろうか。」私はあの痴呆性老人対策を読んだときに、国の言うことなど聞いていても、女性はいつまでも24時間介護で、これでは絶対〇区民は幸せにならないと思いました。

あの当時はヘルパーさんが援助に行っていました。ある時そこで嫁さんがテニスのラケットを持って出て行った。「何よ、あの人は。人がせっかくヘルパーに行っているのに、テニスのラケットなんか持って出て

いっちゃって。あんなお宅には、もう行けませんよ。」というのがまかり通る時代でした。ほんの少し前です。だから国だけがそう思っているのではなくて、皆がそう思っているわけです。これはこのままでいいのか。保健師が「まあまあ、辛いのは本人だから」といって、なだめすかす役割をすることでいいのか、というのが保健師としての私の問題意識でした。

能力強化のための活動内容 IV

⑥ 組織的活動計画・実践

- ① 地域データ等の整理分析
 - ② 法的施策的情報整理
 - ③ これまでの取り組み、関連保健事業の総括
 - ④ 対象者聞き取り訪問と事例検討
 - ⑤ 関係する機関、者への聞き取り訪問
- 以上を踏まえ、自分の問題意識を再確認修正し、
- ⑥ 組織的活動計画・実践を複数の仲間と行う

情報を集め、実態を知り、どうしたらよいか考える

当時は、横浜の場合はケースがたくさんありましたから高齢者の訪問は簡単なことでした。1人で40例も60例も持っていましたので、行こうと思ったらどんな人にも行ける。難病の窓口もあったし、ありとあらゆるケースがあった。だから非常に深刻そうな人から、わりと気楽な感じでの人まで全部で二十数例、とにかく1軒1軒訪問しました。それで、介護されている高齢者ももちろんいろいろな問題がありましたが、介護している二十数例の方に訪問したうちの8割は健康問題を持っている。腰痛、関節痛はもちろん、若くてもそうです。それから不眠、40代くらいからずっと睡眠剤を離せず、そのため肝機能障害が起こっている。それから、高血圧などというのがずっとある。それで誰一人として健診は受けたことがない。だから「健康です」と言っている人も、どういう状況なのかは全くわからないというのが当時の実情でした。その人たちが次の要介護者になるわけです。だから、保健師としては良い介護をしてほしいというよりも、このような悪循環をどうやって断つかということが自分たちの仕事だと思いました。ですから「うまいことやってください。いい介護をして、看られる側を幸せにしてください」というのは大事なことですけれども、私はそれよりも、

この人が次の要介護者になるということを防ぐのが、保健師活動としての予防だというふうに、自分の頭を整理して取り組まないといけないと思いました。

そういうことを思うのが、「訪問、対象者の聞き取り訪問」や、事例検討などということを実践していただいた理由です。

そうこうしているうちに、横浜市は、国の痴呆性老人対策にのっとなって、全区でボランティア養成講座を開くことになりました。要するに介護をする人を支えるためのボランティアを養成しようというのです。横浜の場合はわりと寝たきり老人という仕組みができていたので、次は認知症だという課題をきちんと展開しているということは良いことです。その認知症対策として実施したのがボランティアの養成講座です。各区で1コース20回の3ヵ月講座、すごいプログラムです。横浜市はお金がありますから、あまり国の財政には左右されません。ですから、独自にこうした認知症の対策を打ち出しました。けれども20回も講座をするのは大変です。それを成功させるというのは、人がたくさん来て、ボランティアが増えて、そのボランティアがいろいろな活動をするようになるということです。それで各区の保健師たちは総力を挙げて、区の中ではどこでやればそれが成功するかと考え計画を立て、それでやりましょうという話になっていくわけです。

私は中堅保健師でした。国がそう言っているということもおかしいなと思っているわけですし、それから1人1人訪問していくと、100%が、他人に看てもらってまで自分が出て行きたいなどとは思わない。誰一人として、「そういう人がいたらぜひ来ていただきたいです」とは言わないのです。家の中のことをいろいろ言われたくない。「それくらいだったら自分がおばあさんと一緒に死んだほうがましです」というのが本音なのです。

その証拠に、「自分の趣味は全てやめました」とか、この5年間電車の駅までも行かなかったという人もいました。そうこうしているうちに、自分に来る手紙もなくなったと、そういうことになっているわけです。そこへ、ボランティアがツカヅカ入っていいのか。私が担当していた地区は比較的有閑女性が多い土地柄でしたので、

ボランティアグループは結構ありましたが、介護に関して旗を上げているところはほとんど閑古鳥です。「依頼がないの、井伊さん」と言ってフラフラしている。特に民生委員の女性部会などがやると言っても依頼は全然ない。社会福祉協議会が取次ぎしているのですが、社会福祉協議会もそういった取次の相手がないというのが実情なのです。そこへまたボランティアを養成してどうするのですか、というのが私の問題意識でした。

それで、「どうするのですか、そんな状況ですよ。こんなことをやっても無駄だと思います」と担当課長に言うわけです。すると担当課長は「君は何だね、政治家みたいなことを言って」などとすごく批判されるわけです。

当時は分散配置ではないので、保健師は保健師の集団でおりました。私のことを「全体の方向とは違うことをやる」と思っているから、保健師の係長は、私が外へ出ないように所内の仕事に全部貼り付けるわけです。1歳半健診は月3回実施しているし、1歳半、4ヵ月、3歳それぞれにフォロー相談などが全部あるわけですから貼り付けようと思ったら朝から晩まで所内の仕事も限りなくあるのです。大体20日ごろに来月の予定を配られますが、見たら全然出られないというようなこともありました。けれども、だからといって全然出られないわけではなく、行こうと思ったら行けるわけです。当時は福祉事務所と保健所というのは裏で繋がっていましたし、幸いなことに社会福祉協議会も同じ庁舎内にありましたから、昼休みに行くこともでき、制約はされましたが、外にそっと出て行くということではできました。

私としては、こうした問題については、役所が自分の都合でいろいろ決めても駄目だと思いました。本人たちがどのようなことを本当のニーズとして思っているのかということに対しては何か策略、戦略を立てないと、このままでは金を無駄使いするばかりです。ますます実際に介護する人は不幸になる、と思いました。

20回の講座を受けても、プロになるわけではありません。本当に家に行って「あなた、遊んできていいのよ」と言えるほどのボランティア養成ができるのかといったときに、教えているほうがそのような観点で教えないのでそれは無理なのです。そこを

阻止することはできませんが、片や当事者である今介護している人たちの小さいパワー、それを結集してきちんとニーズを育てていこう、「本当のニーズはこれですよ」というものを、目にも物を見せてくれるまでやるぞというふうに思いまして、裏工作に走りました。

その結果、当時は地区担当をしていましたので、自分が担当している地区でその地区の介護者の会を作りました。その介護者の会が、そこだけおさまっていても話になりませんから、そこに作ったら今度はそれを発信できるように仕掛けないといけないわけです。

幾つかやりました。例えば1つには老人病院についての、「経験調査」というのをしました。当時の老人病院というのは、環境がとても劣悪だったのです。だから預けられないとか、任せられないとかという思いもあるのです。ここはすぐ迎えに来てくれますが、中へ入ったら大変だとか、入るときに何十万も要求されたとか、そのような病院の情報を全部、それも介護者の活動として聞き取りをして老人病院ランキングをつくりました。「そんなことを、役所がすべきではない」とまた課長は言うわけです。「そんな話をしたのではない、介護者が言ったことで、あちらがやることを、するなと言えますか」など言いながら作りました。そうすると今度は役所が、特に福祉事務所が世話しようとするわけです。幸いなことに、福祉事務所の援護係のワーカーもやる気のある人だったので、一緒に少しずつ連携してやりました。

もう1つは、「〇〇地区家族の集いの勉強会」と称して、当時全国的にも名を馳せておられた早川一光先生においでいただいたのです。電話をしたら、「1講話10万円、別に交通費をもらいます」と。京都から来てくれるので、タクシー代などあわせたら全部で15万円ぐらい要るわけです。役所の規定では1人10万円払うという規定はありません。それで4つほど研修を集めて共催・共催・共催のような形で10万円用意し、5万は社協から交通費として出させていただきました。ネームバリューの強い人を呼ぶと、それは20回1コースのボランティア講座よりも区民に対するインパクトはすごいのです。ですから参加者は100人といわずどっと集まりました。そこで、私の地区の

介護者の会の人に「私たちは介護の問題を、こういうふうと考えてやっています」という発言をしてもらいました。すると早川先生が、「よくやっぺらっしやる」と言ってくさるわけです。そうすると、そこに来ていた他の地区の人も、「どうして〇〇地区だけで、私たちのところではやっぺらっしやるのか」などと言うわけです。それを言われた保健師は、そういうことをやらなければいけないのかと思います。それを聞いていた課長たちも、これは区民のニーズだと思う、このように仕掛けていき、最終的には区として介護者の会を作りました。その当時、「地域ケア推進協議会」というのがあり、消防署長、警察署長、保健所長、民生委員協議会会長というような人が並ぶのですが、そこに当事者代表として介護者の会の会長を入れて、会長を中心に進めてほしいとお願いしました。このような構図を作りましたが、今でもその会は活動しています。それから介護者の意見をどう代弁するかとか、横浜市の当局にどうやって伝えるかとか、そのようなこともしました。

私としては、結果として、介護者の健康課題がどのくらい改善するかが大事なのです。介護者の会ができることが大事なのではなくて、その結果、介護をしても健康を保って、自分でやりたい介護もできるし、自分がその後、身体を壊さない、そういう状況になっているかどうかは保健師としては大事だと考えたのです。今、孤独で過ごしている介護中の人の血圧が高くない、とか、介護が終わった後、2か月も3か月も寝込むような状況にはなっていないとか、眠剤がないと眠れないようなことになっていないとか、そういうことが保健師としては大事なのです。けれども、介護者の今の状態を改善するために、保健師が横へ行って、「血圧測りましたか」「病院へ行きましたか」「薬は何を飲んでいますか」と言っても、状況が改善しなかったら血圧は下がらないわけです。だからいろいろ周りを整えて、その結果この健康課題を改善する、それが私たちの役割であるわけです。周囲の目や役所も含めて偏見などあり、ご本人たちも、「もう順繰りだからしょうがないわよね」と言っているわけです。それを「どうしたら変えることができるか」と考えたときには、自分に、「こんなことでは駄目だ」という考えがないといけません。「認知症の痴呆性

老人対策は、女性のボランティアを増やすことです」などの、国の言うことに乗っているだけでは、私は保健師活動としては十分でないと思うのです。

自分自身は32歳のときに、幸いなことにそういう活動を経験したのです。それは中堅だから可能だったのです。トップだったらそのようなことはできません。私の勤務表をつけるときに、おそらく係長も苦勞していたと思います。だから、早川一光先生を呼んで住民の声が上がった後は、ほとんど内勤がなくなりました。極端というかそういう意味では、係長は事務課長たちと渡り合わなければならず、係長が自分で突進していったら話はおかしいわけで、保健師の中では、中堅だからこのように少し無茶なことができるわけです。

では、このようなことを新人で入ったときにすぐ、何か経験したらやれるかといったらそうではないです。例えば、福祉事務所のケースワーカーなどとは計算してかからなければならないし、それから、民生委員たちと話をするときには、「ただ民生委員さんたちを必要としているのではないのです。やっぱり私たちはこう思うのです、これは絶対変えたいと思うのです。どう思われますかと」話に行かないといけません。ターゲットは女性です。その頃はただ1人女性の民生委員さんがいて、その方は、横浜市の全体の民生委員協議会でも、「〇〇区は、保健師がしっかりしているから大丈夫なのよ」と言い切ってくれました。やはりそういう話ができるには、新人では駄目なのです。

ですから、中堅のときに、自分の考え方はこれで良いのかと考え状況を突破することが大事です。これで良いのかと思いきっそく始めても、すぐ良くなるわけではないけれども、これで良いのかという曖昧さにきちんと耐えて、それで、私としてはこう考えるけれどもどうだろうかと。そうなければ当人にも「どう思いますかね」と話ができるし、それから関係のところにも話ができる。そういうことの経験は、今を逃したら次はないのではないかなと思うのです。

今後、皆さんが係長や課長になって、その組織を整えて、他の機関ともきちんとつないでいこうと思ったら、そのようなゲリラ活動みたいなことはできないので、そういう意味でぜひ今回のこのプログラムの中

でいろいろ考えて、そして練って、そういうことをしていただきたいというので、このようなプログラムを作りました。

能力強化のための活動内容 (再掲)

- ① 地域データ等の整理分析
- ② 法的施策的情報整理
- ③ これまでの取り組み、関連保健事業の総括
- ④ 対象者聞き取り訪問と事例検討
- ⑤ 関係する機関、者への聞き取り訪問
- ⑥ 組織的活動計画・実践

それから、皆さんに伝えたい**大事なことは、特に「訪問」**。対象者への聞き取り訪問と、事例検討のことです。これは順序性があり、この①から⑥について、順序性を持って振り返り、自分の考え方をもう一遍、確認していただきたいと思っています。

保健師が専門性を発揮するということに、データから順番に見ながら全体の概要を見ていきますが、一番核のところは対象者の聞き取り訪問だと思っています。これがないと、幾らデータをさらっても駄目なのです。先ほど申しましたように、緊急ベッドの5床あるのが使用0。これだけ見て、「まあまあ、使わないでもやれているではないか」と思うのか、「使えないよ、あれでは」と思うのかでは、次にどのように対策を取り行動するかという時に、右と左で全く逆なのです。5床が常に空いている、0になっているということをどうやって自分の中で受け止めていくかという確信になるのが訪問です。「なぜ使わないのか」それは、対象者に聞くしかないのです。これができるかできないかで、保健師の専門性が発揮できるかできないか、大きく変わると思います。これをしないでも施策は進められるということであれば、保健師でなくてもよいわけです。国もたくさん文献を出しますし。ただアンケートを取るとか、何かポイントがあってそこだけとりあえず聴取してくるということではなく、本人が感じていることや、思っていることも含めて話をきちんと聞く。そういうことが大事だということです。

それはなぜかという、生活習慣病などでもそうですし、ご自身でもたぶん同じだろうと思うのですが、例えば介護者の問題などですと、そういうことが本人にとっては当たり前になっていることだからなので

す。あるいは、そういう気持ちを押し殺して外に出さないようにして、とりあえず私さえ我慢していれば何とかかなるからと考えないようにしているということもあります。ですから、このように生活に根ざした問題というのは、ある種、顕在化しにくいわけです。「困っている」と、本人が自覚することもない。生活習慣病などは、まさにそうでしょう。本人は全然困ってないのです。こちらは「何かあったら言ってください」とか言うわけですがそれでは保健師活動にならないのです。

訪問前には準備が必要

昔の経験で、「訪問しました」と言いましたけれども、訪問する前に予行演習をしました。介護問題について、当事者でありながら、そのような組織を作って一生懸命取り組んでいる人に、「私は介護者から、どうい話をきちんと聞かなければいけないか」という、その頭をつくるために予行演習しました。そして相手の方に、その話をしてもらいました。どのような経過で介護をするようになり、この何年間どのような気持ちでいて、どういう生活で、何をやめて、何は続けて、何は自分にとって役に立って、何がそうではなかったのかということ、ずっと聞かせてもらいました。

最後に彼女が言ったのは、「でもね、井伊さん、保健師さんというのはプロでしょ」と。「ええ、一応そうです」と言うわけです。「だったら見抜いてほしいのよ。自分は何が困っているかもわからない。だからどうしようと思って相談に行くんだけど、保健師によっては、相談したいことがはっきりしたらまた来てちょうだいと言う。あれじゃね、2回目に行くということはないわよ。」というのが彼女の言い分だったので。

意識してトレーニングを積むことが大事

スキルを磨くとか、保健師として熟練するというのは、そこに踏み込んでいける、だから一番問題だということに手が出る、足を入れるということだろうと、そういうことを意識的に私たちはやらなければいけないと思いました。

普通の保健事業、例えば赤ちゃんの相談などをしていてだけで、そういう核心の、相手の琴線に触れるようなところに入っていけるトレーニングになっているかという

とやはり違うのです。自分が能動的に「これは、どうなっていますか。」ということを知ろう、そしてそのことについて、私は「解決主体として、保健師としてわからなくては」という意識でトレーニングをしないと、できるようにはならないということを強調したいと思っています。

そのような意味で、訪問が一番大事だと思います。ですから、今回はぶっつけ本番で行ってもらいましたが、訪問する前に、今までの自分たちの仕事のやり方とか、事業の組み立て方とか、そのようなことも少し振り返り、本当のところはどうだったのだろうという問題意識を持って聞き取り訪問もしていただく。プログラムはそのよう

な設定でありました。

これが今回の6つのプロセスです。今日はレポートを出していただき、本当に半年間よく書いた、よくやったと自分で自分を褒めてもらいたいと思いますが、そうした中で、「私の考えはどのくらい鍛えられたのか、そして自分のその考え方というのはどうやって、誰と検証することができたのか、今自分の意見を考えているが、それで良いのか」ということを最後の2日間、しっかりと振り返り、これからに向けてまたお互いに刺激をし合っていたいただきたいと思います。

中堅期保健師コンサルテーションプログラム最終日に、コンサルタントの先生から受講者に向けて、メッセージが贈られた。以下に、メッセージの抜粋を紹介する。

中堅期保健師コンサルテーションプログラム 母子保健活動分野コンサルタント

中板育美

(国立保健医療科学院生涯健康研究部／主任研究官)

伝えるときは端的に

今回、皆さんのお話の中にもありましたけれども、人に伝える力、プレゼン能力という表現をされていましたが、大事なものは、何といても主語なのです。主語がない文章とか、主語がない提言というのは、結局は責任不在になりますし、誰もやらないということになりますので、それを住民に幾ら言っても、住民に対しては詐欺行為になるわけです。ですから、誰がやるのか、その責任をはっきりと明言しないといけないのです。

それから、伝えるときには、できる限り文章は短くお話しする訓練を、皆さんされたほうが良いと思います。接続詞をあまり使わない。「が」とか、そういうのを使っていくとどんどん長くなってきて、結局何が言いたかったのかなというのが、事務屋さんたちの頭の中には？がいっぱい飛び交ってしまうという話になっていく。端的に、短文で伝える。そういう訓練も意識しながらやられると良いと思いました。

科学的な判断力と人間的な感性とを持つ

細かいことですが、今回、公衆衛生活動という話をしたと思います。ウインスローの定義の中に、“組織的な努力を通じて住民の健康を守る公衆衛生活動というのが、科学であり、技術である”という定義があります。これは非常に言葉が重いと思うのです。

その中の、“科学であり技術である”というところに、英語表記では、“サイエンスアンドアート”とありいわゆる“スキル”ではないのです。科学的であり技術であるというその“技術”は、“スキル”ではなくて“アート”と書いてあるわけです。“アート”ということは要するに芸術の域なのです。

ですから、私たちというのは、科学的な判断力と、それから芸術を、いわゆるシールの中に描いていく人間的な感性というのがセットで必要になってくるわけです。

人間的感性というと、科学よりも劣ると一般的には思われているかもしれませんが、感性というのを辞書で見ると“心に深く感じること、感覚的刺激や印象を自ら受け止めて、経験を伴う刺激に反応していく力、直感能力、意思と知性と区別された欲求、感情、情緒を含んだ心の能力”というように書かれているわけです。

科学的な判断力は、もちろん今回皆さんいろいろなデータ分析をして、「こういうことは久しぶりにやった」とか、「こういうことは批評ができないからやりませんと言われた」とか、皆さんいろいろジャブを食らっているわけですが、要するに、数字が何を言わんとしているのかということで、人間的感性を揺さぶらないといけないわけです、私たちは。

数字の羅列をしてもあまり意味はなくて、その数字が何を言わんとしているのかということ、事務官とかいろいろな外の人とか、それから住民に伝えていかなければならないわけです。ただ単に、「うちの健診率は15%なんですよ」と言っても仕方がないわけです。「低いんです、低いんです」と言っても、「ではどうしたらいいのよ」と。住民は難しいですね。

この数字が何を言わんとしているのかという、そこを私たちは感性を揺さぶらせて、その感性を揺さぶる基はどこにあるかということ、住民のナマの生活であり、住民の生き様なのだろうと思うわけです。

保健師にとってのエビデンスは、住民

住民のナマの生活とか、それはいわゆるリアリティの中で、必死になって生きている、みんなそれぞれ必死になって生きているわけですから、その必死になって生きている姿をしっかりと私たちも眺めながら、一緒にぶつけ合いながら、その地域で生きている、生き様というものを私たちは常に肌で感じていないと、人間的感性がボロボロに崩れていって、何だかよくわからない科学的判断力だけでもものを言うようになっていく。そうすると保健師魂とか、そういうものがだんだん薄れていくと思います。

要するに、私たち保健師にとってのエビデンスというのは、住民なのだということです。数字と

かではなく、数字をはじき出している基になる住民なのだ。それと、住民が環境と結びつきながら生きている、生活しているわけなので、その地域なのだという、そこを崩さない力を、自分たちの中で確固たるものを持ってほしいなというふうに思います。

それが結局は、よく言われる保健師魂ということなのではないかというふうに思うのです。目先にとらわれた効率性とか、トピックスに左右されて、振り回されて、トピックスにくっついて事業展開するというような、そういう相対的な価値に私たちは、保健師という能力を置いているのではなくて、絶対的な価値なのです。その絶対的な価値というのが保健師魂であり、保健師魂というのが、私たちのエビデンスは常に住民なのだ、住民が地域の中で暮らしている環境なのだという、そこを怯まないようにしていただきたいと思っています。

科学的な判断力と人間的感性を磨くプログラム

今回、皆さんはデータ分析から提言までの一連の流れを経験してきました。その流れの中には、科学的な判断力と、それから人間的感性を磨いていくという、この両方がセットされた、そんなプログラムだったのではないかなというふうに思うのです。本当に住民の声を聞いて、住民がどんなことを私たちに望んでいるのかということを読み解く。それを受け止める。それから関係機関もどんなことを感じ、どんなことを私たちに求め、私たちはそれをどう受け止められるかという、そういう人間的感性も含めて学び得る1つのプロセスではないかというふうに思います。それを皆さんは今回、頑張っ、ときにはめげそうになったり、「やめちゃえ」と言われたりするようなことにも出会いながら実践し、今日ここに皆さんいるわけです。受けた本人が一番得であります。さらに、得した人はその得を少しでも職場に還元していくという努力を、今後は是非していただきたいというふうに思います。

今回の学びを組織で共有しよう

組織から推薦を受けて来ている皆さんは是非、この学びを自分だけのものにせず、皆のものに、それから組織のものにしていくという努力をしなければならぬ、それは、皆さんの責務であると思います。誰に復命しなければならないのか、誰に復命すると得策なのかということを考えながら、課長さんから「あなた、ここで発表しなさいよ、と言われたのでします」とか、「誰にも言われなかったので私はしませんでした」ということではなく、「私は今組織の代表としてこれだけのお金を使

わせてもらったし、時間も使わせてもらったし、自分がいない時間分、他の同僚に迷惑をかけたわけですので、それを含めて皆さんにはお伝えしたいので、というところでやる」のが得策ですし、大事なことです。

皆さん十分わかったと思いますけれども、中堅の皆さんに求められるのは、自分の目先のことだけやっていたらいいのではなく、自分の目先のことを通して全体を見る、全体の動き・流れを見る、環境調整もしていく、必要な環境調整が、再調整の必要があれば、それに対して「誰に言っていくと一番その調整がうまくいくか」ということも、頭をひねって考える。そういう力が中堅には求められていくと思います。ぜひ、今回得たプロセスを、「やっと終わってよかった」ではなく、研修の域を超えて、実際のものに、延長線上で活かしていただきたいと心から思っております。

今回は15人という少数精鋭で頑張ってきましたから、この少数の15人の仲間も、ネットワークをちゃんと組みながら、今後もいろいろ相談し合いながらやっていける同窓生になっていただきたいと思います。

これを私のまとめと皆さんへのエールにしたいと思います。どうもありがとうございました。

中堅期保健師コンサルテーションプログラム

母子保健分野コンサルタント

佐久間 清美

(愛知県立大学看護学部看護学科 教授)

コンサルテーションプログラムの醍醐味

1つは「地域データ等の課題提出」です。中堅期保健師コンサルテーションプログラムの流れを見ていただくと、実は6ヵ月間のうち、東京に来る研修はトータルで7日間です。ただし、6ヵ月間の研修には、「地域のデータ等の課題提出」があり、これが最初の醍醐味です。

次に、自分がプログラムを受講しようと思った時から、実は研修が始まっているということです。自分の中で何らかの動機づけや課題があって、それが受講のモチベーションになり、頭に描いているものをペーパーに落として、職場の上司に推薦状を書いてもらって、漸く応募書類が整います。このプロセスが2つ目の醍醐味です。

3つ目は、受講日以外の日常の保健師活動です。前期プログラムの東京研修は2日間ですが、その後の約1ヵ月間は自組織の実践活動で、地域データの精査や法的施策、これまでの取組みの整理等があり、これが3つめの醍醐味です。

4つ目の醍醐味は中期研修の実践事例の発表と後期研修の活動成果の発表です。5つ目の醍

醐味は自組織の政策提言です。

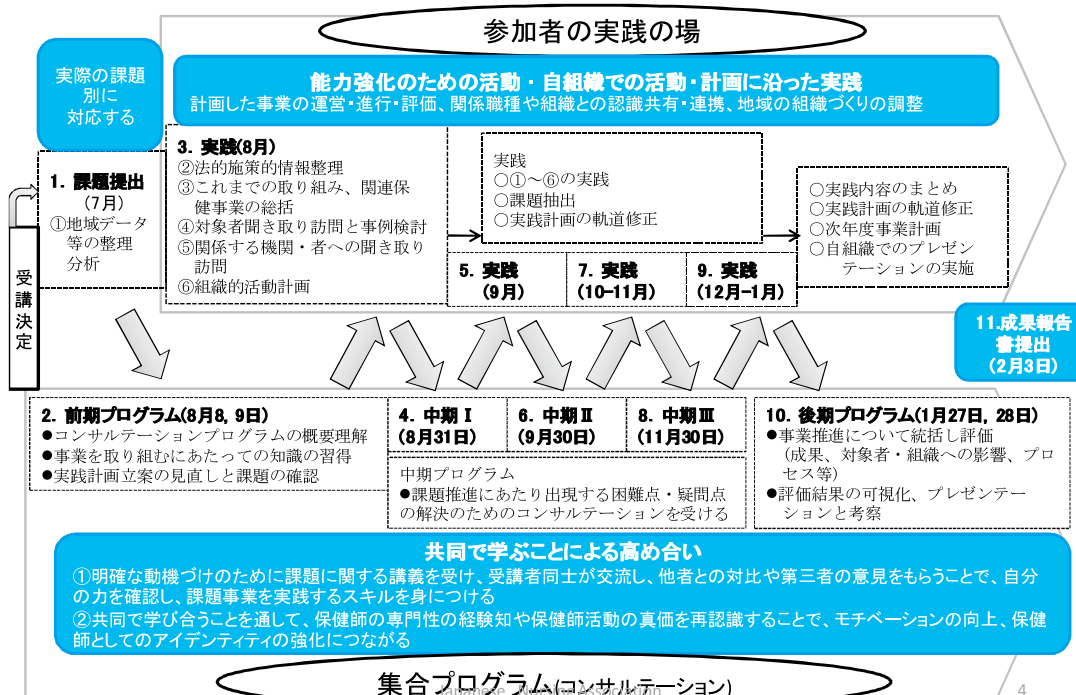
コンサルテーションプログラムから学んだこと

今日の発表からも、テーマ設定と提出期限があるとモチベーションが上がるということがよくわかりました。このことから、日常の保健師活動についても、課題テーマ（宿題も含む）と到達日を設定し、何をいつまでにやる、というような計画を立て、宣言することが重要であり、実行できる方法論であると皆さんから学びました。

主導権は受講者にあるということです。8月は1回2日間来て実践1ヵ月間、次も1日来て実践1ヵ月というプログラムからも、主導権は受講者の皆様方にあるということです。受講者の相談内容によって、コンサルタントも学び、共に育ち合う関係が築けます。

プログラムの流れは、保健師活動の展開論とし実感できました。1事例の家庭訪問について、次の家庭訪問は、タイムリーな対応をするために必要な期間で考える事に応用できます。保健事業の展開として、例えば半年間であったり、1つの訪問事例に関わる期間であったり、というふうに見ていくと、このプログラムの流れは保健師活動の展開論として日常的に活用すべき方法論であると学びました。

3. 中堅期保健師コンサルテーションプログラムの流れ



コンサルテーションプログラムを通して考えたこと—家庭訪問の意義を問い直す—

母子保健のグループ3人の共通な学びは、家庭訪問の意味です。家庭訪問における相手から発信するものをきちんと受け止め、職場の中で事例検討することにより、「こういうところにはやっぱり何か対策を考えないといけない」と実感することができました。これは、全訪問事例について事例検討ができて初めて見えたことです。井伊理事の、「……生活の中の問題は見えない。だから大事なのです。それを見えるように顕在化する。……」、まさに家庭訪問は、保健師の専門能力が発揮できる方法論と思っています。いろいろな職種が今は家庭訪問していきます。国家資格を持って行う保健師の家庭訪問と多職種とは違う、やっぱりここは違うということを考えてほしいと思っています。また、ドアノッキングという言葉がありました。住民の生活の中の問題を顕在化していくことは、自分の担当する業務に限らず保健師全体で健康課題を共有し活動を進めていくところにもあると思います。

保健師ならではの家庭訪問です。家庭訪問について、このグループでは「突撃」という言葉が1つ出てきました。突撃訪問が戦略的に成功させるために緻密に計画して実施していることを願っています。

8月のコンサルテーションプログラムでは「突破力」という言葉が紹介されました。家庭訪問では、訪問先の玄関に立った時は、相手の土壌できちんと受け止めます。そこでは、聞く力が重要です。一方ではきちんと訊く、質問していくことも重要です。家庭訪問は、生活の中に入り込んで、生活の中で支援する重要な方法論です。家庭訪問は、組織的に戦略的に取り組むプロセスであることを、今回は何回も体験できたと思います。

一定の段階にいるのではなくて、階段を上がるように学習し、実践をしたと感じています。日常業務を実践しながら、その渦の中の1人になったり、その実践を見る渦の外の者になった

り、保健師の立場をいろいろ変えて実践できることが、体験からも学べたと思います。

全体を見ることを大切にします。研修中も職場の保健師と共同で取り組むことは、皆さん方はリーダーとして進めてきたと思います。だから、今、ここで、自分の能力をきちんと、自分の言葉で整理してほしいと思っています。そして、全体を見てください。

皆さんが保健活動の全体を見る時、全体に影響力を与える力が1つはついたと思います。また、それからメンバーを引っ張っていくところでは、先導していく力も少しついたと思います。そして、言いにくいことを言う体験から、初めて自組織を動かす力も少し出てきたと思います。中堅期保健師の皆さんは、組織の内外から健康課題や社会情勢を見、この中で自分の市町村の課題等をきちっと精査していく、そういう役割なのだろうと思います。その時、今回学んだ地域データの整理分析を実践して、戦略的に展開して下さい。

中堅期保健師は、サンドイッチで言うと真ん中に位置し、カツサンドのカツです。中堅期保健師は、新任期等保健師と統括保健師の間の位置にいます。そのカツは、上の新任期に対しても総括かトップの保健師に対してもいい味を出します。中堅期保健師はそういうポジションです。中堅期保健師は、5つの醍醐味を実践できる立場でもあります。

保健師活動を進めるためには、目的・目標を明確にして、到達すべき手段や方法をきちんと整理する必要があります。

保健師の業務は複雑困難緊急事例から、省庁から降りてくる業務が増えていきます。保健師にしかできない業務を最優先し、その仕事を確実に行うことが重要です。

最後に、みなさんが核のある保健師になって、保健師の見本になって進んでいってもらえることを願っています。

どうもありがとうございました。

中堅期保健師コンサルテーションプログラム
介護予防活動分野コンサルタント
宇田優子
(新潟医療福祉大学健康科学部看護学科准教授)

保健師だからできることって何かを考える

このプログラムを通して私自身ももう 1 回このことについて考える部分がありました。家庭訪問をしても、他者からは、「保健師は、なぜそれをやっているか」ということは聞かれないのです。尋ねられることはありませんよね。企画書を作るのも、その事業担当だったら、「なぜあなたはそれをやるの」ということは言われたいのです。健康教育をするのも保健師がすることについては誰も疑問を持たないです。

それはつまり、保健師はそれらを組み合わせて仕事ができるということなのです。けれども、今のこの時代、家庭訪問を積み重ねて地域の健康問題解決を図ることより、集団的な働きかけが注目され、そのほうが効果・効率が良いように見え、家庭訪問は最後の手段としての位置づけになっているのではないのでしょうか。また、家庭訪問と他の活動方法は切り離され、バラバラの活動になっているのではないのでしょうか。

健康問題のある対象者・家族を点とすると、点と保健師を結ぶだけの仕事をしているのではないかと。点と点を結び、線にして面に広げていく、その過程に健康教育や地域組織化活動、他機関連携があるという意識が薄れてきていると感じています。更に、家庭訪問自体も効率化を求めていて、「電話訪問」という、本当に訪問なのかよくわからないものまであって、本当に実質に迫る訪問というのがなかなかできにくい状況にあります。

このプログラムにあった「聞き取り訪問」というのは、問題解決を効率よくするための訪問ではなくて、健康課題をもつ主体者、当事者が持っている問題と、それを生み出している背景、社会的な背景というのは何なのかということ、深く保健師が考えるための訪問であって、地域で問題解決を進めていく出発点になる家庭訪問でした。そのための聞き取り訪問だったかと思えます。

でもそれをやっても、「なぜそういう訪問をするんですか」ということも別に他者からは責められはしないのです。したくないという同僚がいたとしても。受講者の皆さんには

当事者の家庭に出向き、暮らしている環境を見て話を聴くことの意味を自分の中で再確認してほしいと思います。繰り返しになりますが、保健師というのは、家庭訪問をして、健康相談をして、健康教育をして、地区診断をして、地域の健康課題を解決するという手法を持っている。これらを組み合わせて仕事をするとということ、それを忘れないで後輩にも伝えてほしいし、市民の方に寄り添う仕事にしていけたらということ、聞きながら思いました。

少し外に目を向けて自己研鑽・自己投資を

グループ内の受講者 3 人に、「学会等へ行ったことがありますか」ということをお聞きしたら、3 人中 1 人がほぼ毎年行っている、1 人が時々行っている、1 人が 1 回も行っていないとの返事でした。公費で来る研修は、それなりに内容も充実していますけれど、さらに、自分をステップアップしたいとか、自分の持っているモヤモヤとか、自分の持っている基本的な力量の確認等というのは、公が与えてくれる研修だけで全て解決してくれるということは多分ありません。受講者の皆さんには、もうちょっと自分の曖昧さ、モヤモヤを突き詰めて自分で導いた答えを出してほしい。ここに来た皆さんは次期リーダーなので、その為にもう少し自己投資していただきたいと思います。

「保健衛生ニュース」を読むのは大変でしょうか。職場で回っていますよね。まず目次だけでもいいですから見る、月刊誌を読む、学会に年に 1 回は行く、くらいは最低していただきたいと思います。自己研鑽ですね。

私は現場にいた時に、後輩には、「学会へ行くのだったら手ぶらで行くな」と言っていました。手ぶらで行くなということは、「発表してきなさい」ということで、ここはちょっと、最近は私自身が忙しくて手ぶらで行っているのですけれども。自分で言いながら反省です。ほかに、後輩に言っていたのは、「行ったら 1 回は手を上げて質問しなさい」と。学会の大会場でも、小さい所でもいいので、「1 回は何かの発言をしてね」と伝えていました。それを実行している後輩がいて、すごい大ホールで手を上げて質問していたので、言ってみるものだなと思いました。職場内だけだと窮屈になる部分もあるので、外に少し目を向けると、外で自分を高めてくれる人材に出会える可能性は非常に高い。求めて

いけば出会えると思いますので、積極的に自己投資として職場外での勉強会等へ参加して下さい。モチベーションは下がるときもあるし、何かのきっかけでまた上がるときもある。けれどもこの経験は全く無駄にならないので、頑張ってくださいと思います。

中堅期保健師コンサルテーションプログラム 介護予防活動分野コンサルタント

堀井 とよみ

(日本看護協会 保健師職能委員会副委員長)

井伊理事は「受講生にエールを」ということを言われましたが、少し苦言になるかもしれませんので、お許しください。

3つの視点からお話ししたいと思います。

1つは、このプログラムに参加されている皆さんに、「こういうところをもう少し考えていただければ」というところ。2つめは、今回はなかなか触れられなかったのですが、「保健師活動の範囲をどのように考えるか」という点。環境整備には今回は触れられなかったので、その考え方について話したいと思っています。3つめは、「中堅期の保健師としての姿勢」について、これは自分自身が思っていることでもあるし、皆さんに期待するところでもあります。

受講生に考えていただきたいこと

今後、事業計画推進の助言を受けられる場は、自分で確保する

今までの5回のプログラムに関しては、それぞれの時にそれぞれの先生がお話しされていますが、今日、私は先ほどから聞かせていただき、皆さんに質問したいことがあります。皆さんは今回のコンサルテーションのこの研修全般で、自分がテーマに上げたPDCAサイクルは全てできましたか。PDCAサイクルという言葉がときどき聞かれましたけれども、皆さんはこれをどこまでしましたのか。今回のコンサルテーションではP（計画）しかできないですね。中には、D o（実行）というところは、次年度の事業計画で挙げた人もあれば、今回してくるための事業計画として実践してきた人も一部はあると思うのです。でも、PDの一部しか出てなくて、事業計画として挙げてやってない人もいます。そうするとこの研修では、これは全部やってないということですね。そうすると、次年度あるいはこの研修が終わって、明日からすることは何ですか。そういう観点で考えていましたか。この研修は、「課題を出したから全て終わった」と思っていないですか。

事業計画で挙げたものは全て、皆さん方にやっていただかないといけないし、それ

から政策提言で大きなことを挙げているかどうか知りませんが、仮に挙げたとしても再来年度に実現するようにしないといけない。実際に事業計画のとおりやってみたら、その政策提言も少し変わるかもわからないですが、そういうことがこれからも続くわけです。だから、そのことを意識して、明日からやっていただかないといけないと思います。ここの研修が終わって、提出したら終わりではなく、まだまだ続いているのです。

また、今までは、1ヵ月か2ヵ月に1回ここへ来てコンサルを受けて、そしてまた帰って実施していましたが、今度はないわけでしょう。「皆さんは今後、そのコンサルに代わるものをどこに持っていこうとしているのですか、」というのが問いかけです。それは自分で作らないといけないのです。例えば、皆さんが会議をしようとする場合、上司に相談するのか、あるいは皆で話し合いをして、そして自分自身がやれてないところをやろうとするのか、そういうことを考えておかないと、ここで切れてしまいます。だからぜひ、これはまだ続いているのだということを忘れないでほしいのです。

テーマの設定はできる範囲のところから設定し、成功体験を持って、後輩に繋げてほしい

それからもう1つ、政策提言まで書き上げてきて、あくまで提言で終わっては、意味がありません。政策提言を施策化とか政策化まで持っていければ立派な財なのですが、もしもそうでなければ、せめて事業化ができる、あるいは事業の拡大・改善ができれば、これで皆さんが一連の保健師活動の流れを体験して、成功体験を持ったと言えると思うのです。皆さん方は、どうも不完全燃焼だというのは、成功体験を持っていないから不完全燃焼していると感じているのではないのでしょうか。せっかくここへ来ていただいたのだから最後までやり遂げて、成功体験を持って、自信を持って後輩にその姿を見せていくということが大事だと思います。

もう1点、このプロセスの中で一番気になったのは、テーマ設定の仕方でした。テーマは、実力のある人は幅広く作っても大丈夫だと思います。実力があって、今までに経験を何回も積んでいけば、幅広く取っ

ておいたテーマでもできます。

例えばどういうことかという、私は介護予防の担当ですから介護予防の例で言います。高齢者全般にするのか、高齢者に対する何々とテーマを挙げるのか、あるいは、その中の独居であったり、認知症高齢者であったり、あるいは、介護者に対する場合は、介護者はどういう介護者かと明記すると、範囲が狭まりますね。それに対する何かをするというほうが、慣れない人には範囲が狭いから取り組む時、楽なのです、それを皆さんは、全般的に幅広く捉えて、取り組むテーマが何かできたような気がするのです。でも本当は、実際に取り組もうとすると非常に難しいです。だからもしも何かに取り組むときは、とりあえず自分の力量と相談して、できる範囲のところを範囲設定して取り組んでいくというのが大事だと思います。

保健師活動をどういう範囲とするか

対象者・地域住民への目先の対応にとどまらず、それを取り巻く環境にまで力を及ばさなければならない

今回は、私はあまり触れていないと言いましたが、保健師の活動とは、本当にこの対象者とその地域の住民さんだけで良いのでしょうか。こういう質問をするとちょっとおかしいですけども、住民を取り巻く物理的、制度的環境にまで力を及ばさないといけないのではないのでしょうか。

具体的に言いますと、また介護予防を例にします。介護予防では、閉じこもり予防という、皆さんは“閉じこもりの人たちをなくしましょう、認知症の予防にもなるしリハビリにもなります”と、一生懸命やっています。ところが、こんなことを聞いたことがありませんか。高齢者の免許の返上制度、それからコンビニとかスーパーの日常品の宅配制度。これを聞いたときどう思いますか。私は嘆かわしいと思ったのです。なぜでしょう。テレビでは、コンビニの宅配などを取り上げるでしょう。でもあれは、本当は良いことでしょうか。本当に動けなくて、独居の人や、あるいはいろいろの条件が重なってきたら良い点もあると思いますが、誰にでもこのようなことをされたら、かえって閉じこもりを助長していると思いませんか。

それより保健師がすべきことは、そのようなことを推奨するよりも、その人たちが

買いに出られないのだったら、シャトルバスをその人の家の近くまで回すとか、あるいはシャトルバスのところまで行くようなボランティアの介助の人をつくるとか、いろいろ方法があると思います。この人たちを外に出していこうという保健師の思いがアイデアを生むと思います。

例えば、「何々体操」とか、「何々の教室」などのしくみをつくっていても、宅配を毎日利用していたらどうなりますか。結局閉じこもりになってしまいます。だから保健師は世の中の制度等をそういう視点で見たいのです。そうすれば、自分が教室をつくるとか、そのことばかりに目をやるのではなく、“この人たちが動ける環境づくりをどうしようか”というところに目が行くはずなのです。

高齢者の事故が多くなっていますから、免許返上制度がこれからもっと活発になってくると思います。そうなるとその人たちが本当に外に出られているのかどうかということを見ていますか。バス料金に2分の1の補助が出たからバスで行けるかと言っても、もしもそのバスが、低床バスならいいけれども、普通のバスなら乗れませんね。そのように考えていくと、こういう1つの現象が、一面的に見るとさも良いかのように見えますが、私たちは保健師ですから、健康づくりの立場とか、介護予防の立場から、見たときに、本当に良いのだろうかともう1回思い返すことをしてほしいのです。これはなかなか新任期にはできないですが、中堅期になればできるはずですよ。このような視点を持ってほしいと思います。

中堅期としての姿勢

何事にも事前の準備をきちんとしてほしい

これも今日感じるころがあって、あえて話します。先ほどの私の質問に関係することでもあります。

皆さんは、ここへ参加するときや、それからいろいろな会議を主催するとき、事前にどのような準備をしていますか。

例えば昨日と今日のこの研修会に参加するために、何か事前に調べたり、これを持っていかなければならないと思って書類を持ってきたりしましたか。例えばここには、「保健師の必要な能力」と書いてあるでしょう。そのために何か資料を探してきて、それを見て行こうという努力をしましたか。

私たちは事前に参考資料を出しているわけでしょう。それについて自分はどんな能力がついているのかということ、家から出る1時間前に、あるいは前の晩でもいいです、ちょっと読み返しておくとか、そのとき考えてなくても考えるためにこの資料が要ると、バッグの中に入れてほしかったのです。それが1つ。

なぜこのようなことを言うかという、会議を開くときに皆さんはいろいろな人を集めています。事前に資料も出しています。でもその資料を見て、全部理解できる人ばかりでしょうか。保健師仲間であれば理解できる資料であっても、後輩の新人の人だったらわからないこともあるかもしれない。そのための補足の資料を準備していますか。あるいは保健師以外の関係者が入ったら、全くの素人で、その会議では「うん、うん」と言っていますが、理解していない可能性だってあるわけです。そういう人のためには、もう少し付け加えて説明するための資料を持っているとか、そういうことができるのが私は中堅期だと思うのです。管理期になったらこんなことは当然できて、中堅期の人に本当は指導しなければいけないのです。「〇〇さん、これ準備した？」とか。でも、そんな管理期の保健師がたくさんいるとは思えませんから、ぜひ皆さんが、「今日の参加者は、あるいは今日のテーマはこうだから、こういうものの準備が必要だな」ということを、事前に調べておいてほしいのです。そして持っていくということが非常に大事です。

しっかり自分の意見を持ってほしい

これは最後です。これは苦言になって嫌だなと思うのですけれども、皆さん方にはしっかり自分の意見を持ってほしい。先ほどの意見発表を聞いて、私が少し悲しいなと思ったのは、井伊理事が最初に、「モチベーションを上げるためにはどうしたらいいでしょうね」と、ここで言われました。2回目は、「事例検討会はどうですか」と言われたら、皆さんはすぐにそれに引きずられて、「事例検討会はこうです」とか、「モチベーションを上げるために…」と言いたけれども、本当はその他にもっと自分の言いたいことを準備していませんでしたか。しているはずですよ。してないとおかしいです。「理事は今そう言われましたけれども、私は実はこういうようなことを思っていましたから、そのことは後で言いますので先にこれを言います」とか、それくらい迫力を持って言ってほしかったのです。理事から聞かれたら、「はい、これです」と。これがいわゆる上から言ったら「はい、そうですね」と受ける姿勢なのです。ぜひ皆さんもこれから、自分の考えを持って色々なものに当たっていただいて、「自分の考えはこうです」とはっきり前面に出すべきだと思います。

今日そういうことを感じましたので、苦言ばかりになりましたが、皆さんはこのコンサルテーションを終えて、一皮も二皮も、10枚くらい皮がむけたかもしれませんので、頑張ってくださいと思います。