St. Luke's International University Repository

Literature Review of Nursing Based on PHC.

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 菱沼, 典子, 森, 明子, 片桐, 麻州美, 久代, 和加子, 酒井, 禎子, 成瀬, 和子, 斎藤, 和子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/363

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

聖路加看護大学紀要 No. 26. 2000. 3.

報 告

プライマリヘルスケアに基づく看護実践・教育・研究に関する文献レビュー

菱沼 典子[1)] 森 明子[2)] 片桐麻州美[3)] 久代和加子[4)]
酒井 禎子[5)] 成瀬 和子[6)] 斎藤 和子[7)]

要 旨

Primary Health Care（以下PHCと略す)に基づく看護の現況について概括することを目的に，1993年1月～98年5月までの英文文献を，CINAHLによって検索した。用いたキーワードは，primary health care, nursing, maternity, pediatric, adult, elderly, emergency, psychiatric, midwifery, community, community health care, educationである。検索された271文献のうち67編をレビューの対象とした。67文献は，論説22，研究25，報告20であった。内容を1)取り扱われている分野と活動内容，2)PHCの概念，3)PHCにおける看護提供者とその役割，4)PHCに関する看護教育，5)PHC推進への方略に分類し，考察した。

PHCを用いた活動では健康転換第1相の課題への取り組みが多かったが，住民主体であること，健康教育の重要性，その地域の文化に根ざしたものであること，アクセスの平等性が特に重要であることが指摘された。看護提供者について，職種や役割，システム作りの重要性が数多く取り上げられていた。また看護教育へのPHCの導入，特にシステム作りとチームアプローチができる人材の育成が課題となっていた。

キーワーズ

プライマリヘルスケア，看護，文献レビュー

I. はじめに

WHOは，“2000年までにすべてのひとびとに健康を(Health for all by the year 2000)”をスローガンに，各国・地域の実情に合わせたプライマリーヘルスケア(primary health care：以下PHCと略す）を推進しており，PHCは世界に共通する用語となっているのは周知のことである。

少子高齢社会，医療技術の高度化，クライアントをめぐる社会情勢の激しい変化，価値観の多様化のみられる昨今の日本において，あらゆる年代，地域，疾病を含む健康問題に対応しうる，質の高い看護が求められている。看護の質向上を目的とする視点から，PHCに根ざした看護モデル開発を目指して，現在あるモデルを分析・検討することは，健康問題の解決をはかるうえで有用と考える。

そこで，PHCに基づいた看護の実践・教育・研究に関する英文文献のレビューを行い，看護の活動状況を広く把握することにした。

II. 研究の目的

この文献レビューの目的は，PHCに基づいた看護の現況について概括することである。このレビューを通して具体的には以下の事柄を明らかにする。1)取り扱われているPHCの分野と活動内容，2)用いられているPHCの概念，3)PHCのアプローチにおける看護提供者とその役割，4)PHCに関する看護教育，5)PHCの推進にむけての方略

1）聖路加看護大学教授（基礎看護学）
2）聖路加看護大学助教授（母性看護・助産学）
3）聖路加看護大学講師（母性看護・助産学）
4）聖路加看護大学講師（老人看護学）
5）聖路加看護大学助手（成人看護学）
6）聖路加看護大学助手（地域看護学）
7）千葉大学看護学部教授

表1　文献の種類およびPHCの内容内訳　（　）内%

		論　説	研　究	報　告	計
活動	母子保健	4	6	2	12
	予防接種	1	1	1	3
	健康教育	2			2
	精神保健	5			5
活動　小計		12	7	3	25 (37.3)
概　念		2			2 (0.03)
看護提供者		4	12	7	23 (34.3)
教　育		3	5	10	18 (26.9)
推進の方略		1	1		2 (0.03)
総　計		22 (32.8)	25 (37.3)	20 (29.9)	67 (100)

Ⅲ．研究方法

系統的文献検索を行い，看護領域におけるPHCに関する文献を分類し，内容を検討した。PHC (primary health care)と看護(nursing)および看護各領域の 母性(maternity)，小児(pediatric)，成人(adult)，老人(elderly)，救急(emergency)，精神(psychiatric)，助産(midwifery)，地域(community)，地域保健(community health care)，教育(education)をキーワードとし，英文論文をCINAHLにより1993年1月から1998年5月まで検索した。総計271文献が検索され，そのうち入手可能で，2ページ以上の67編をレビューの対象とした。

2種類のコーディングシートを作成し，それにそって論文を要約した。文献タイトル，著者，誌名，巻号頁年，論文の種類，PHCの概念は共通項目とし，一つはPHCの看護の対象，看護提供の拠点またはアプローチの主体，看護内容・目指すセルフケア，看護の方法またはアプローチ方法，PHCの評価（評価研究の場合）を項目とした。もう一つは教育に関する文献用に，教育対象，教育機関，教育内容，教育方法を項目とした。

Ⅳ．結果および考察

レビューの対象にした67文献の種類の内訳は，論説22編，研究25編，報告20編であった（**表1**）。67文献を，目的の1）～5）にそって分類し考察した。

1．取り扱われているPHCの分野と活動内容

活動分野の分類は，アルマ・アタ宣言によるPHC必須分野8項目を参考にして，統合，再編した。栄養不良，飲料水，衛生は母子保健に，健康教育は一般的疾病・外傷の治療と一緒にし，精神保健を追加した。従って母子保健，予防接種，一般的疾病・外傷の治療，精神保健の4項目で分類した。

1）母子保健

母子保健に関する文献は12編あった。PHCの必須項目である「家族計画を含めた母子のケア」に幅広い文献が見られた。6編は研究で，4編はPHCの評価研究であり，2編はヘルスニーズの調査であった。他の6編は論説4編，実践例の報告2編であった。

Jindauら(1988)はナイジェリアで子どもの下痢疾患対策として，母親達に経口的水分補給法を教育し，評価研究を行っている。その結果，知識を得た母親は多かったが，実施率は低く，地域の伝統的な習慣に考慮した教育を行う必要があることが明らかになった。

Onyejiakuら（1990）はナイジェリアの2つの地域を選び，母子保健を指標としてPHCの効果を測定した評価研究を行った。その結果，問題は母子よりも家族，特に経済問題が多く，教育が最も用いられた方法で，看護職はPHCの展開ができることが明らかになった。

Patisteaら（1992）はギリシアの女性を対象に，乳房自己診断の健康教育を行い，その効果についての評価研究の結果，教育を受け知識や経験ができるほど，実施率も高くなるという行動の変化が見られた。MacDonald(1995)はPHCの一例として中学生に健康教育を行い，セルフケアに変化が起こるかについて質問紙を用いた評価研究を行った。Patisteaらの結果と同様に，健康教育により行動が変化することを示した。

Callister(1995)は出産する女性が，PHCの提供者として医師か助産婦かを選ぶ基準について述べ，提供者の違いは対象となる女性のヘルスニーズの違いによることを示した。

Bowlingら(1996)は母親の教育レベルの違いでその子どものヘルスニーズが異なるか2年間に渡るコホート調査を行い，子どものヘルスニーズは母親を含めた家族に影響されることを示した。

Poultonら(1994)はネパール政府とカルガリー大学とが共同で行ったPHC活動を報告している。ネパールでのニーズは母子の死亡率や罹病率が高いことであり，そのために女性の生活に関する調査やこどもの身体測定，家庭訪問，伝統的出産立会人の教育，ヘルスポストの設立などを行った。Owen(1996)はネパールのPHCを報告し，住民やヘルスポスト・クリニックで働く人たちの教育だけでなく，少女たちへの読み書き教室も紹介している。

Sukati(1997)はスワジランド政府によるPHC活動を報告している。この国は乳幼児死亡率，罹病率（特に15～19歳女子），出産に関する問題（10代の妊婦，出産間隔）があり，適切で利用しやすい幅広いヘルスサービスの提供をめざして，健康教育から生活環境の整

備，ヘルスマンパワーの開発，政府の能力開発の取り組みを述べている。

Miller（1995）はオーストラリアとサウジアラビアで血族結婚の文化をもつ人々のPHCについて述べている。特にサウジアラビアでは女性の地位の向上がPHCの中に含まれており，女性のヘルスケア専門家の育成，ヘルスケア提供者の教育を行って血族結婚による死産率や先天的奇形児の出産率の低下をめざしている。

Juarbe（1995）はアメリカに住むヒスパニック系の女性たちのヘルスケアへのアクセス状況をPHCの観点から述べている。彼女たちのヘルスケアへのアクセスは社会経済状況，教育，言葉に影響を受けるが，実際のアクセスはヘルスサービスの便利さと満足が大きな要素になる。また，一番利用するヘルスケアは出産と生殖に関するものであったが，サービスや施設はヒスパニック系の社会文化的背景を考慮して作られてはいない。

Nair(1989)はインドにおける女性を対象とした，幼少時から出産前後の食習慣の改善を，文化的な信念と習慣に配慮した教育的活動の報告を行った。

以上母子保健に関する文献は幅広く，女性，子ども，母子を対象として，PHCを展開していた。母子を対象とはしているが，女性の地位が低く，そのため充分な教育が受けられず健康が維持できないといった社会文化的背景を考慮したPHCを展開していた。また，女性の健康が守られないことは，子どもの健康にも大きく影響することからもPHCにおける母子保健の重要性が明らかになっていた。また，ほとんどが健康教育を含めており，母子保健と同時に，健康教育にも該当する文献であった。これは母子保健におけるPHCでは，教育の要素が重要であることを示している。また看護職の役割は，社会文化的背景をふまえたヘルスニーズの把握やそのヘルスニーズにあった健康教育の実施，女性や子どもの身近なところでPHCに関わる人の教育であることが示唆された。

2）予防接種

予防接種に関する文献は3編あった。研究論文1編，論説1編，報告1編だった。英国から2編，米国から1編で先進国の状況が取り上げられており，開発途上国に関するものはなかった。英国の文献は，Clarkら(1995)が子どもの予防接種率を上げるための計画とhealth visitorによる実践と評価を報告する一方，Pilgrimら(1995)は，集団小児予防注射に焦点を当て，それを取り巻く倫理的問題を指摘，国の政策について批判的に論じている。これら2つの文献は，一般のひとびとのみならず，PHCに関わる専門家でさえ，予防接種の効果とリスクに関する正しい情報をもつことや，予防接種の普及や適用における正しい判断をすることの難しさを示唆している。

Osguthorpesら(1995)は，予防接種に関わるヘルスケア提供者のために，ワクチン使用上の注意事項を述べており，米国が予防接種を重視した政策をとっていることが読み取れる。予防接種は先進国にとっても依然PHCの注目すべき課題であることがわかった。

3）一般的疾病や外傷の予防と治療

一般的疾病，外傷の予防や治療に関する内容として分類した文献は2編あった。2編とも論説であった。Huebscher(1997)は医療者と利用者の薬の処方や飲み方，使い方に関し，米国の問題を指摘している。なぜ過剰に薬が用いられ，飲まれてしまうのかを分析し，薬に代わるケアを用いることにより薬の使用を減らす必要性とHealth Care Practitioner の役割について論じている。Wilson(1991)はオーストラリアの，特定地方の病院救急部にPHCの概念を位置付け，地域での貢献やそこでのHealth Promotion Nurseの採用や看護提供について述べ，それにより上がるであろう成果について論じている。

これらの文献から，その地域の実情に合った医療機関の役割や医療に頼り過ぎない人々の意識づくり，そうした観点からの看護職の機能が有望視されていることがわかった。

4）精神保健

精神保健に関する文献が5編あった。5編のうち3編が英国，2編が米国のものであった。精神保健はアルマ・アタ宣言で指摘されている主要な健康問題には含まれていないが，先進国において精神保健が健康問題として大きな地位を占めていることを反映しているといえよう。しかしながら，これらの文献では，PHCとPC（primary care:以下PCと略す）が混同しており，概念としてPCが使われているものが3編あった。

Meadら(1997)は文献レビューによって，英国の種々な看護職が，コミュニティの色々の場面でPCとして精神保健に携わる可能性を探り，PCの担い手として看護職が適切であると述べている。

Armstrong(1996)は地域で働く第一線の看護職が知っているべき鬱病に関する情報を整理している。Haberら(1995)はPCの観点から精神保健看護のモデルを開発しており，基礎レベルと上級レベルに分けてその教育にも言及している。

Hanniganら(1997)は英国においてcommunity－psychiatric nurse（地域精神看護婦）がPHCで果たす役割として，一つは重篤で長期にわたる精神疾患患者に対する役割，もう一つは疾患ではなく精神健康問題を有する人々に対する役割を挙げて，必要な技術を抽

出している。この論文ではPHCを重要概念にしているが，内容として地域におけるPCと受け取れる部分も含まれていた。

Cotroneoら（1997）は米国の医療再編に際して，psychiatric－mental health nurseが精神保健の予防的ケアや健康増進，クライエントの擁護に役立つと主張している。

5編は論説ないし文献検討であり，研究論文，実践報告は含まれていなかった。精神保健は健康転換の2ないし3相でクローズアップされてくる問題であり，先進国では重要な健康問題となっている。一次予防という意味でのPCの点からも，今後とも重要な課題となるであろう。PCにおいては専門家が知識を利用してアセスメントでき，ケアに関する知識を提供するという点から，専門職の養成や持つべき知識の内容が論じられていた。この領域の専門家として，地域で働く看護婦あるいは精神の専門看護婦が期待されていることも示されていた。

先進国の精神保健でPHCの取り組みが期待されるのは，精神疾患を有しながら社会で生活する人々に関してであった。また医療経済の抑制にPHCが有効であるという観点から，PHCが使われ，その担い手として看護婦が期待されている面もあった。これはPCでも同様であった。

2．プライマリヘルスケアの概念―プライマリケアとの用語の混乱

PHCの概念に関し，PCとの用語の混乱を指摘して論じた文献が2編あった。いずれも米国の文献であった。

Barnersら(1995)は，WHOが「2000年までにすべての人に健康を（以下HFA）」の戦略として導入したPHCの概念と米国の看護界において用いられているPCの概念を比較し，その相違点を明らかにしている。そしてPHCとPCが混同されているため米国ではPHCの導入が進まないと指摘している。

Shoultzら(1997)は，同様にPHCとPCの用語が混乱し，適正に使われていないと指摘している。PCはPHCの一部であることを示すモデルを提示し，PHCの導入によらなければ，すべての人々の健康問題にはケアが行き渡らないと述べている。

PHCはWHOのヨーロッパ地区から提案されたHFAの戦略であり，PCは米国における医療を予防という視点で見直したレベル，クラーク(1953)が第一次予防として使った用語である。PCは個人の健康問題へのアプローチであり，医療専門家による活動であるのに対し，PHCは地域の住民の参加を前提とし，医療専門家はそのパートナーとして位置づけられている。PCもやり方によってはPHCの一つの方法になり得るが，PCでPHCを説明することはできない。元々異なる背景から生まれた用語であり，別個に考えるのが当然であろうが，どちらも保健医療の分野で使われるため，混乱を生じているのであろう。Barnersらは，この両者の違いを明瞭に示しており，ShoultzらのPHCとPCの関係を示したモデルも非常に明確である。

今回検索した文献の中で使われているPHCには，PCの意味で用いられると判断できるもの，混同して使われているものも多かった。我が国においても，この用語の混乱は同様であり，PHCの概念を整理する必要性を再認識した。

3. PHCのアプローチにおける看護提供者と役割

Cousins（1981）は，ヘルスケアが平等に行き渡っていないなかで，看護職は十分なケアを受けていない人々に対応できる最も適切な人的資源であるといっている。1980年に社会的戦略を練る目的で，母子保健のためのワークショップが開かれ，母子のヘルスケア充実に投資がされはじめたことを報告し，目的達成のために政治力を使うことも重要であると述べている。ケアの行き届かない地方都市では，ナーススペシャリストが医師の業務に近いことをしており，質の高いケアを提供してヘルスケアの経費を減らしている。看護職に修士が増えている現在，看護業務の範囲を制限する必要はなく，1981年の同ワークショップでGreenはケアの行き届かない地方都市では，ケアの担い手である看護職は，医師のバックアップを得て，治療・予防・妊婦や乳児へのヘルスプロモーションを共働して発展させていくことが大切であり，そのためにも，州・国家の行政と協力していく必要がある，と主張している。

ナースプラクティッショナー（Nurse Practitioner: 以下NPと略す）は第一次予防活動の担い手として，PHCを行なっている報告がいくつかある。産業の場で，NPとしてPHC活動をしているカナダのFerguson（1996）の報告である。12,000人規模の企業にヘルスケアユニットが設けられ，NP 2人，RN 1人，医師（パート）1人，秘書1人で構成された。NPは①これまでの職場での外傷や病気の傾向について明らかにし，②職場巡回によりリスクの高い仕事や環境について明らかにし，③工学・安全・ヘルスケア・管理などの学際的人間工学的会議に参加した結果，相談のケースは増え，欠勤や半日出勤の数は以前の1/2～1/3になった。予防策をとることにより，外傷は減り疾患の罹患や重症化を防げたのである。

Haq（1993）は，NPの管理するナーシングセンターで高齢者の満足度について調査し，看護活動が

PHCの達成に貢献していることを報告している。多くのセンターでは通ってくる高齢者の健康状態を管理し，よい状態を維持するための援助を提供している。主な活動は，ヘルスプロモーション・ヘルススクリーニング・健康教育・家族に関する相談・老化相談・支援グループへの対応である。この調査では，施設利用者に対して面接を行ない，満足度を分析した結果，高い満足度が示された。不満足につながる理由はデータが少ないためはっきりしないが，経済的問題・健康不安・孤独・人生の満足度などであった。今後ナーシングセンターが増えるにつれ，看護職の新しい活動分野となりうることが示唆された。コストの見直し，サービスの質などが今後の研究課題である。

Brown (1988) は，NP(Family)による実践の中で，PHC達成のための調整・ヘルスプロモーション・教育・カウンセリング活動の広がりについて郵送法で調査し，NPが広範囲にわたる活動をしていることとその活動の必要性を実証した。

Walker (1995) は，PHCの担い手であるPrimary Health Care Nurses (PHCNs) にインタビューをしてその役割を調べ，PHCNsがいかに有効な活動をしているかおよび今後の課題について述べている。南アフリカのSowetoでは，コミュニティヘルスセンターを拠点としてPHCNsが看護を提供している。PHCNsは，1年間の集中プログラムを経て採用された後，患者の診察・診断治療，家族計画についての指導を行っている。ただし，看護業務が医師の領域に達していることに対する反感もある。今後の課題として，PHCNsは臨床上のケアだけでなくコミュニティに密着した問題にも取り組むこと，女性に対して特にガイダンスとサポートをしていくべきであると述べている。

またLaffrey (1988) とBeddome (1993) はPHCのための公衆衛生看護活動について述べている。LaffreyはPHCのゴールを達成するには，公衆衛生看護のゴール達成の障害となるものを除く必要があると述べ，二次，三次ヘルスケアの強化，つまり個および家族のみならず，ハイリスクグループへの働きかけを十分にすること，また積極的でアサーティブな看護婦が主体的に活動すること，さらに公衆衛生看護における役割の混乱をなくすことを挙げている。Beddomeは，PHCを担う公衆衛生看護職のあり方として，以下の4点を挙げている。幅広い役割を持ち高度教育を受けている，現在よりも経済的な方法が看護管理プログラムから作れる，専門家等のケースマネージメントを担当できる，その地域特有のものに対応できるよう関われる，というものである。

Orpazら (1994) は学際チームで行なったプロジェクトで，看護職は受け持ち地域の対象者の医療的な情報や家族のニーズなど様々な情報を提供し，地域全体のプログラムの計画実践に参画したり，統計上の最新情報を提供しケアに生かす役割を持っている。また受け持ち地域が変らないことで，一貫した継続ケアを行なうことができるとしている。

Hatcher (1998) は，低所得者が多い地域で，1）サービスの公平な配分とアクセス，2）適正技術，3）ヘルスプロモーションと疾病予防，4）住民参加，5）多領域アプローチというPHCの概念を用いて，看護婦が管理しているヘルスセンター活動を報告している。看護職は，家庭訪問をして療養者の家庭をアセスメントすることで，ヘルスケアへのアクセスを確保したり，ヘルスセンターでカウンセリングやOTC（市販薬）を使用するなど，経費のかからない技術を提供するといった実質的な活動に参加している。これにより地域住民のニーズに合ったケアサービスが提供でき，ヘルスケアのみならず，多彩な社会的サービスも提供できるようになった。

Pullen (1994) は，統合的PHCモデルを作成・検証する前提条件として，1）個人ではなくコミュニティのニーズに適合する，2）高度ではなく基本的なケアに対するニーズに焦点を当てる，3）人間を総合的に捉えたものである，4）専門家と住民は対等な関係である，を挙げている。モデルの中でケアの提供者である看護の経済性と専門性を他の学際メンバーにも認められ，同僚の協力関係が得られる結果となった。経済性を重視するPHCにおいては，看護職は適切な資源であることが示されている。

次にチームで働くというPHCの特徴であるが，その際の問題を指摘している文献がある。

Cotroneo (1997) は行政，住民，大学の協力で精神衛生保健のためのPHCセンターを運営し，全人的なケアを提供した。また，地域のコミュニティと協働するために地域諮問委員会を設立し，ユースアクセスセンターの諮問委員会および地域諸機関と関係を作った。そして健康フェスティバルや青少年グループ活動を通じて活動を行なった。ケアの提供は，CNS，CNMs(認定助産婦看護婦)，CRNP(認定ナースプラクティショナー)からなる学際チームで，サポートは地域奉仕活動員，ビルサービススタッフ，管理アシスタントが行なった。これによって施設でのケアとコミュニティでのケアが可能になり，対象の状況にあった，資源中心のモデルに基づいてケアが行なわれるようになった。しかし，チームとして働く時に生じる問題として，看護婦が責任をともに分担して働くことに慣れていない，看護婦が管理するヘルスセンターでの医師の役割が多様になってきて，チームコンサルタントや

チームの延長として加わることが指摘されている。また保健サービスに関する学際的な保健専門職の教育面でのギャップとして，関係性の確立とコミュニケーション技術，実践管理，システムでの患者管理，予防とヘルスプロモーション，チーム実践，学生の教育，ジェネラリストとしての能力，システムに関する知識，教育，患者と家族へのインタビュー，事実に基づく臨床的決定，コミュニティサービスの利用があげられている。

Wilesら（1994）は，イギリスの家族ヘルスサービス機関で，看護職のチームワーキングに対する考えを明らかにしている。それによると，ヘルスボランティアは看護婦や助産婦の役割の拡大に脅威を感じており，それゆえかチームへの帰属意識も低い。役割はヘルスプロモーションが中心である。助産婦はGPと同じレベルで実践しているという意識があり，そのためGPが監督するPHCチームには帰属意識を持たない。看護婦は他職種と役割の重複があってもチームには良く馴染んで，GPの監督下でプライマリケアを実践している。保健婦もチームによく馴染んでいるが，ヘルスボランティア同様のプロセスで役割が脅かされている。

Atkin（1996）らは，practice nurse（以下PN）の業務の一部が他の地域看護婦と重複していてPHCにおけるPNの役割が不明確と批判されてきたため，PHCに関わりのある様々な職種にインタビューをしたところ，それぞれの立場によりPNの役割に対する考えが異なっていることが明らかになった。職種による異なった興味や展望，また組織そのものや政策から緊張が生じているが，職種間で話し合うことによってPNの役割が明らかになっていくであろうと示唆している。

このようにチームにおける看護職間，および他職種間での摩擦・軋轢についての問題が指摘されているが，それについて Lowry（1996）が一つの示唆を述べている。彼は今までパターナリスティックな医学のもと，看護は専門性・自律性が低い立場にあったが，看護婦はもっと自信を持ちすべてのレベルにおいてリーダーシップをとる必要があり，そのためにはヘルスケアの提供におけるビジョンや，中央・地方行政のサポートによる看護婦主導の活動をどのように行うかを考えるべきである，と指摘している。そして柔軟でニードに対応した継続教育の必要性を唱えている。

次に，PHC達成のために住民参加を取り入れた活動について，いくつかの報告がある。

まず，Community health Workers(CHWs)の活動についてQuillian（1993） らがホンジュラスの活動を紹介している。

ここでは健康問題として栄養不良，上部呼吸器感染症，寄生虫感染が特徴であり，地域がかかえる問題として教育不足・文盲・貧困・衛生不良があげられる。PHC モデル の不可欠な要素は住民参加とCHWsの活用である。そのため，住民の中から読むことのできる女性をCHWとして採用し，４ヶ月間にわたり，一般的な疾患・伝染病・ファーストエイド・耳と目の問題・母子健康・医薬品・栄養・衛生・皮膚についてトレーニングを行う。CHWsを教育するのは，PHCの実践経験者や健康教育の専門家である。ホンジュラスでは公立病院のサポートを受けながらCHWsを中心にPHCプログラムを実施し，健康問題の60%を処理できた。疾病を減少させることはできなかったが，これは，貧困が問題として大きすぎて，基本的ニーズが達成されるまではヘルスプロモーションや予防医療の方針は受け入れられないからである。

Wasan(1991)は，HFAを実現するためのインドでの方策について述べている。健康指標の目標数値をおいて，それに対する各種のプログラムを実施するとともにインフラの整備を行なった。その一部には専門職の研修とワーカーの育成，ヘルスセンターの設立等が含まれている。これは，PHCの成功がコミュニティの協力のもとに，包括的なサービスが行なわれることによる。それは内外の各機関の協力なしでは成り立たないものである。

Whelan(1995)は，誰でもが気軽に利用できて地域の健康レベルが上がるような，ヘルスケア提供場所を作るプロジェクトを実施した。一次的なヘルスケアサービスの提供，資源活用のシステムの確立，住民組織である近隣支援協議会の設立を行なったが，そのなかで地域住民が，サービスの「適正さ」を決定する力となった。これは地域住民とヘルスケア提供者との協力関係を促進し，パートナーシップを作り出した。その結果，地域住民に必要なサービスが，地域の看護婦が管理するセンターで提供されるようになった。

住民を活動の中に巻き込み，住民が主体となり専門職がサポーターとして活動に加わるのは，望ましい形である。しかしその場合の専門職の関わり方として，興味ある報告がある。

Koponenら(1997)は，保健センターに地域住民の責任を導入し，保健婦の経験がどのように変化したか，それはどのような要因によるものなのかを明らかにしようとした。しかし保健婦が経験した変化は，プロジェクトの前後でわずかなものであった。それは保健婦が，地域住民の責任というものを，医療サービスを改善する方法と考え，自分達の仕事との関連を考えなかったためだった。保健婦達が期待したほど計画や実施に参画できなかったからである。ほかの研究では将来に対する不安，サポートと自律性および信頼の欠如が，

コミュニティナースの仕事に対する満足度を障害しているとされていた。

また専門職として留意すべき点としてDavis(1997)は，途上国におけるPHC活動の内容と，医療職の倫理について述べているが，そのなかで看護職のアプローチの仕方として，途上国における価値や態度・信念を見直すこと，自分の価値観や信念を他者におしつけないことの重要性を説いている。看護職は臨床的な技術を習得し，丁寧なアプローチと姿勢を身につけなくてはならないことも指摘している。PHCには住民だけでなく，専門職側の意識改革も必要なのである。

特殊なケースに対する活動例として，Lewis（1996）は，英国で5名のホームレスへの面接調査を行い，PHC看護に対していくつかのことを示唆した。それらは，情報の提供や一般開業医との連絡や関係作り，PHCについての知識の提供であり，同時にホームレスに対する深い理解も重要である，ということであった。

Thornton(1994，1996)は学習障害のある成人に対して，PHCチームでヘルスケアを行なったが，クライエントに対する医療職のヘルスケアニーズの認識は低く，また特定の障害を持つクライエントを対象にするには，コミュニティの専門家との協働が不足していることが明らかになった。そのため学習障害に詳しい専門の看護婦が必要であり，専門の教育を受けた看護婦は，クライエントにとっても資源となりうることを示唆した。

これら2論文に共通していることは，対象に関する知識・理解の必要性と地域の専門家との連携である。特に対象が一般的でないケースの場合，地域にいる専門職を資源としてネットワークを作り，互いの知識技術を活用する必要性を指摘している。その成功例として，Rowlay (1995) は，ウェールズでプライマリーケアをチーム（医師，看護婦，助産婦，ヘルスビジター）で行なっている報告をしている。家族保健サービス機関と社会サービス機関との効果的な協力の例から，よくコーディネートされたケア，改善されたトレーニングとGPレベルでの幅広いサービスの提供，チームメンバー全員が良い技術を使っていることを指摘している。

PHC活動におけるケア提供者に関しては多くの文献があり，看護職はケアの重要な担い手として多彩な役割を期待され，役割を果たしていることが察せられた。それらは，①経済性への期待，②ヘルスプロモーションの実践者としての役割，③ヘルスボランティアやコミュニティヘルスワーカーへの教育，④現状を分析し，対策を立てる管理者としての役割，⑤直接的なケア提供，⑥ケアの資源としての役割である。しかし他の看護職や医師と協働した場合に，互いの業務が重なったり，上下関係が生じてチーム内に軋轢が出てくること，また異職種間でチームを組んだ場合に教育による実務でのギャップが生じるなどの問題もわかった。さらには住民参加というPHCの概念を取り入れた場合に，専門職としてどう関わればよいか，という葛藤も見られ，看護職がチームアプローチに，まだまだなれていないことが明らかにされた。

今後の課題としては，経済効率を考えた管理プログラムの開発，職種間の役割を調整し円滑にするチームアプローチに関する継続教育が必要となるだろう。

4．PHCに関する看護教育

PHCに関する看護教育について述べている文献は，全部で18編あった。論説3編，研究5編，報告10編であった。将来のコミュニティベースの診療に，看護婦へのPHC教育の提供は急務であり，WHOは，PHC概念を基本的な看護カリキュラムに取り入れることを提言している。そのような背景において，PHCの概念やPHCを行うために必要な能力などを，学生が系統的に学ぶことができるように，様々な国でカリキュラムや教育方法などの工夫が行われている。

Davis and Deitric（1987）は，WHO看護開発協力センターであるイリノイ大学看護学部では，PHCにおける看護を学ぶコースにおいて，自己ペースの学習方式を行っていることを報告している。また，Davis and Pearson（1996）は，このコースの評価研究を行い，学習へのレディネスの高さとコース達成度，満足度に関連があることを明らかにした。

Woodbury（1984）は，ミネソタ大学では，ヘルスサイエンスの学生を対象として，学生の問題解決技術を開発し，評価する方法として，コンピューターによる模擬ケースマネージメントを取り入れていることを報告している。臨床現場に近い状況が提供される上，臨床現場に対する影響もなく，患者への危険もないという利点がある。

Reid（1982）は，カリブ海の看護学校で行われているPHCの基礎看護教育について報告している。このプログラムは，学生が問題解決技法と保健サービスシステムの変革と管理を行う能力を身につけることを目的としており，カリキュラムには，予防とｺﾝﾄﾛｰﾙ，栄養，環境保健，家族計画を含む母子保健，EPI (Expanded Programme of Immunization)，他領域協力，住民参加，健康教育，ハイリスクアプローチといったPHCの概念が含まれている。

Manfredi（1983）は，ラテンアメリカの看護学校でのPHCの看護教育について述べている。学生主体であることが教育方法の特徴で，カリキュラムの3つ

の前提として「看護教育の優先的な目標は，個人の健康ではなく，地域の健康である」「トレーニングの場は地域の保健機関であるべきで，これらのサービスの構造や資源は，教育システムの構造や資源の統合的な部分である」「看護学生は，地域のヘルスサービスに統合され，彼らのトレーニングは，サービス提供への積極的な参加である」が挙げられている。

Tenn（1995）は，カナダの看護学生が統合化したPHC教育を受けているかを調査している。PHCの統合化を測定するためのスケールを用いて調査した結果，60%の大学が看護のカリキュラムにおいて統合化されたPHCの教育を行っていた。

Bastian and Hicks（1996）は，オーストラリアの看護学生が最初のPHC教育の一環として，タイに行き，村のヘルスセンター，小学，PHCトレーニング開発センターなどで行われているPHCを見学したことを報告している。この体験によって学生は，病院や地域でクライエントに，より文化的に適切で繊細なケアを提供するだろうと述べられていた。

Keogh（1997）は，南アフリカ大学の学生に提供されているPHC教育のモデルについて述べている。その中で，臨床でPHC概念を指導する必要性を示唆し，田舎でのPHC体験を行ったり，地域の指導者と協力して地域看護に対するポジティブな学生の態度を育成していることなどを報告している。この臨床体験には，学生が厳しい現実を見ることにより感情的苦悩を体験したり，パーフェクトなサービスが難しい現実を知るという問題点があるものの，他大学・人種の学生と活動する体験が満足感のあるものであったことから，異なる教育背景をもつヘルスケアの専門家が一緒にPHCのために働くことができることも証明された。

Stewart（1990）は，消費者の参加や非公式のサポートネットワークとの協力の哲学を反映した，PHCを基盤とした学部の看護教育の概念枠組みを構築している。StewartのPHCの概念枠組みを用い，Swordら（1994）はカナダの新興住宅地で体験的に学んだ学生たちの学習成果を研究している。その結果，地域での経験は，相互関係の必要性と健康の多次元からの理解に効果的であったことを明らかにしている。

その他学生の教育に関し，フィリピンの文献では，Layo-Danao（1993）が，学部教育カリキュラムにおけるPHC統合のための概念枠組みについて論じている。また，Flynn（1984）は，主にアメリカにおけるPHCのための公衆衛生看護婦教育について論じており，様々な教育的アプローチや看護教育プログラムを紹介している他，継続教育の必要性についても言及している。

また，Anderson（1987）は，人的資源がヘルスサービスの発達において重要な問題となっているボツワナにおいて，Community health nurseを対象にアンケートや面接を行って，教育に対する評価と実践について調査している。

PHCにおける卒後教育に焦点をあてているものとしては，アメリカのKeating and Nevin（1985）がcommunity health nursing，parent－child nursingの大学院修士課程の教育について述べている。Jato（1982）は，PHCの教育者となるためのカメルーン大学の上級看護婦訓練コースについて紹介している。学生たちは，地域でのフィールドワークを行い，これらの学習を通してヘルスケア上の問題に気づき，実践的な解決方法を作ることで，同様な調査を続ける動機づけになると述べられている。Dougherty and Cook（1994）は，拡大するPHCニーズに合った教育とサービス両方のニーズにこたえるため，Bronx Municipal Hospital Center，コロンビア看護大学，そしてニューヨーク州の3者が協力しあい，学士を取得している認定看護士でNPを目指す者に対する教育プログラムを始めていることを報告している。

PHCのチームワークを高めるために，他職種を交えた教育に関してもいくつかの試みが行われている。Howkins and Allison（1997）は，レディング大学の地域看護学部で行われている，一般開業医，保健婦などのPHCチームで働く専門家を対象とした共同学習のための教育的なモデルについて述べている。この学習を通じて，メンバーはPHCチームの役割と責任を理解すると共に，それぞれが事例の抱える問題に対して何ができるかを考え，議論し，解決に導くという学習を行うという。また，Long（1996）は，イギリスのLocal organizing teamにより開催されているワークショップの参加者を対象として，PHCチームのチームワークに関するメンバーの理解やワークショップに対する感想を明らかにする研究を行っている。この結果，ワークショップは，コミュニケーションを強化し，チームワークや組織の機能を高め，PHCでの役割や責任を明確化させるのに役立つとの結果がでていた。

このように，PHCにおける看護教育に関する文献を概観すると，現在PHC教育において注目されているものとして，以下の4点が考えられた。1つ目は，いかにPHCに含まれる概念を統合的に教育していくかということである。2つ目は，受け身の学習ではなく，学生の自主性や問題解決能力を養うような教育的アプローチが重視されていることである。これらはPHCでナースに求められる能力と同じであり，非常に重要視されていることを反映している。3つ目は，机上の学習よりは，実際の地域での実地体験を積極的

に行うことによって，PHCに必要な概念や実践を体験的に学ばせようという動きである。そして4つ目は，他職種とのチームワークを強化し，PHCにおいてそれぞれの職種が機能を高められるような教育のあり方である。それぞれの国・地域で対象者が抱える健康問題は様々であり，アクセスの方法や使用できる資源も異なってくる。PHCにおいて看護職の果たす役割が期待されている今，変化する場や時代に合うように看護職の質を高めていく必要があるだろう。その場におけるPHCを統合的にとらえ，他の職種と良いチームワークを発揮しながら，積極的かつ柔軟にその場にあった現実的な方法で，問題解決に取り組める看護職者の育成が，PHCにおける看護教育の課題といえるだろう。

5．PHCの推進に向けての方略

ここに含まれるのはPHCの推進へ向けての方略に関する論文で，論説と研究論文がそれぞれ1編であった。

Sukati(1995)はPHCの発展のために，産業界で用いられている継続的質向上(Continuous Quality Improvement：以下CQIと略す)の概念と手法を使うことを提案している。CQIの概念では顧客が中心であり，顧客が満足する製品やサービスの提供のために，問題の原因を統計学的方法で見つけ，システムモデルを使用して解決を図っていく。PHCはすべての人が平等に入手できるという点で，製品やサービスを買う人だけを対象とするCQIと異なるが，このCQIの手法をPHCに使うことが有用であろうと述べている。

Hicksら（1996）は英国でPHCチームが研究を行うために，何を望んでいるかを測る質問紙の開発を目指して，PHCチームの構成員に面接調査を行った。その結果，研究を重要と考えていない者が2/3おり，また研究は別個のものであって自分たちの役割に含めていない者がほとんどで，研究方法も理解されていなかった。このことからPHCチームが研究を自ら行っていくことの重要性を述べ，研究の基づいたヘルスサービスへの転換を論じている。

この2編はPHCを推進していくために，産業界で用いられている製品の質向上の手法を取り入れること，PHCの現場で働く人々の質の向上に研究を取り入れていくことを論じていた。前者はPHCの概念を明確にしており，後者はその点ではPCとの混同もうかがわれていた。全く異なる視点の論文であるが，システムの問題と人の問題という看護の質を検討するときに必ず出される問題点と共通した話題が出されていたことは興味深い。

V．おわりに

今回の文献レビューの結果，PHCの活動の領域や場は広範にわたっていたが，WHOで定義されているPHCの概念の中で特に共通して重要な点は，a.医療者主体の考え方ではなく住民主体であり，b.ヘルスワーカーとなる住民への教育とチームアプローチ，c.その土地，その文化の中で許容され，かつ，まかなえる健康のための活動であること，d.すべての人が容易に手にいれられることであった。

健康問題とPHCを考察するには，疾病構造の変化を人口構造や社会経済システムの変化と関連させてとらえる健康転換（health transition）の概念が有用と考えられる（ブライアント(1991)，広井(1997)）。疾病構造を医療の面からだけでなく，人口構造や社会経済と関連させてみること自体が，医療者あるいは援助者主体から住民主体へ変化した見方だからである。

今回読んだ文献は，健康転換第1相の課題である感染症や母子保健を取り上げたものの数が多く，医学的には公衆衛生学的アプローチが重要な働きを持つ分野である。健康転換第2相は感染症から慢性疾患への移行であり，疾病の治療と予防が求められる。これは精神保健が該当したが，これにあてはまる文献数は少なかった。第3相は慢性疾患から老人の退行性疾患への段階であり，治療ではなくケアが大きくクローズアップされる。これには，米国の高齢者を対象にしたナーシングセンターを扱った文献が1編みられたのみであった。いずれの健康転換相においてもPHCは共通して使える方法論であるが，世界的に見れば，健康転換第1相の課題への取り組みが多いのが現状である。

PHCを用いてHFAに向けて努力するには，看護教育でのPHCの導入が必要であり，その中でも特にシステム作りとチームアプローチの導入が課題となっている。この点は我が国の看護教育においても早急に検討すべき課題であろう。

なお本研究は平成10年度厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）を得て，WHOプライマリヘルスケア看護開発協力センターの活動の一つとして行ったものである。

引用文献

1) Anderson, S.V.: Responses of nursing education to primary health care: the training and practice of post basic community health nurses in Botswana. International Nursing Review, 34 (1), 17-25, 1987.

2) Armstrong, E.: Depression and its treatment in the primary health care setting. Health Visitor, 69 (7), 286-288, 1996.

3) Atkin,K.&Lunt,N.:Negotiating the role of the practice nurse in general practice.Journal of Advanced Nursing,24,498-505,1996.

4) Barnes,D.,Eribes,C.,Juarbe,T.,Nelson,M.,Proctor, S.,Sawyer,L.,Shaul, M. and Meleis, A.I.: Primary health care and primary care: A confusion and philosophies. Nursing Outlook 43, 7-16, 1995.

5) Beddome, G., Clarke, H.F., & Wyte, N.B.: Vision for the future of public health nursing: a case for primary health care. Public Health Nursing, 10 (1),13-18, 1993.

6) Bowling, M. & Keltner, B.R.: Primary health care for children of mothers with intellectural limitations. Pediatric Nursing, 22 (4), 312-319, 1996.

7) Brown, M.A. and Waybrant, K.M.: Health promotion, education, counseling, and coordination in primary health care nursing. Public Health Nursing, 5 (1), 16-23, 1988.

8) Callister, L.C.: Beliefs and perceptions of childbearing women choosing different primary health care providers. Clinical Nursing Research, 2 (2), 168-180, 1995.

9) Clark, J., Day, J., Howe, E., Williams, P. & Biley, A.: Developing an immunization protocol for the primary health care team. Health Visitor, 68 (5), 196-198, 1995.

10) Cotroneo, M.,Outlaw, F.H.,King, J.and Brince, J.: Advanced practice psychiatric-mental health nursing in a community-based nurse-managed primary care program. Journal of Psychosocial Nursing, 35 (11), 1997.

11) Cotroneo, M., Outlaw, F.H., King, J. and Brince, J.: Integrated Primary Health Care - Opportunities for psychiatric-mental health nurses in a reforming health care system. Journal of Psychosocial Nursing, 35 (10), 21-27, 1997.

12) Cousins, E.B., Stern, P.N., Allen, L.M. and Moxley, P.A.: Maldistribution of primary maternal-child health care: mandate for nursing. Health Care of Women, 3, 241-247, 1981.

13) Davis, A.J.: Selected ethical issues in planned social change and primary health care. Nursing Ethics, 4 (3), 239-244, 1997.

14) Davis, J.H. & Deitrick, E.P.: Unifying the strategies of primary health care and nursing education. International Nursing Review, 34 (4), 102-106, 1987.

15) Davis, J.H. and Pearson, M.A.: An instructional model for primary health care education. Public Health Nursing, 13 (1), 31-35, 1996.

16) Dougherty, M. & Cook, S.S.: Innovative strategic planning to meet expanding primary health care needs. Nursing & Health Care, 15 (6), 298-302, 1994.

17) Ferguson, L.A.: Enhancing health care to underserved populations. AAOHN Journal, 44 (7), 332-336, 1996.

18) Flynn, B.C.: Public health nursing education for primary health care. Public Health Nursing, 1 (1),36-44, 1984.

19) Haber, J. and Billings, C.V.: Primary mental health care: A model for psychiatric-mental health nursing. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 1 (5), 154-163, 1995.

20) Hannigan, B.: A challenge for community psychiatric nursing: is there a future in primary health care? Journal of Advance Nursing, 26, 751-757, 1997.

21) Haq,M.B.:Understanding older adult satisfac-tion with primary health care services at a nursing center. Applied Nursing Research, 6 (3), 125-131, 1993.

22) Hatcher, P.A., Scarinzi, G.D. & Kreider, M.S.: Primary health care: Meeting the need: A primary health care model for a community-based/nurse-managed health center. Nursing and Health Care Perspectives,19 (1), 12-19, 1998.

23) Hicks, C., Hennessy, D., Cooper, J. & Barwell, F.: Investigating attitudes to research in primary health care teams. Journal of Advanced Nursing, 24, 1033-1041, 1996.

24) Howkins, E. & Allison, A.: Shared leaning for primary health care teams: a success story. Nurse Education Today, 17, 225-231, 1997.

25) Huebscher, R.: Overdrugging and undertreatment in primary health care. Nursing Outlook, 45, 161-167, 1997.
26) Jato, M.N.: Teaching future nursing teachers primary health care. International Nursing Review, 29 (6), 189-190, 1982.
27) Jinadu, M.K., Olusi, S.O., Alade, O.M. and Ominiyi,C.L.A.: Effectiveness of primary health-care nurses in the promotion of oral rehydration therapy in a rural area of Nigeria. Int. J. Nurs. Stud., 25 (3), 185-190, 1988.
28) Juarbe, T.C.: Access to health care for hispanic women: A primary health care perspective. Nursing Outlook, 43 (1), 23-28, 1995.
29) Keating, S. & Nevin, V.: New directions in primary health-care nursing. Nurse Educator, 10 (5), 19-23, 1985.
30) Keogh, J.: Primary health care: from classroom to reality. Nurse Education Today ,17, 376-380, 1997.
31) Koponen, P., Helio S.L., Aro, S.: Finnish public health nurses' experience of primary health care based on the population responsibility principle. Journal of Advanced Nursing, 26, 41-48, 1997.
32) Laffrey, S.C. and Page, C.: Primary health care in public health nursing. Journal of Advanced Nursing, 14, 1044-1050, 1989.
33) Laowry, M.: Developing nurse-led primary health care. Professional Nurse, 11 (12), 821-822, 1996.
34) Layo-Danao, L.: A conceptual framework for the integration of primary health care in the BSN curriculum. Philippine Journal of Nursing, 63 (1), 18-24, 1993.
35) Lewis, J.: Primary health care for homeless people in A&E. Professional Nurse, October 12 (1), 13-18, 1996.
36) Long, S.: Primary health care team workshop: team members' perspectives. Journal of Advanced Nursing, 26, 935-941, 1996.
37) MacDonald,S.A.:An assessment of the cardio-vascular health education program in primary health care. Applied Nursing Research, 8 (3), 114-117, 1995.
38) Manfredi, M.: Primary health care and nursing education in Latin America. Nursing Outlook, 31 (2), 105-108, 1983.
39) Mead, N., Bower, P. & Gask, L.: Emotional problems in primary care: what is the potential for increasing the role of nurses? Journal of Advanced Nursing, 26, 879-890, 1997.
40) Miller, K.: Consanguinity- a primary health care challenge for Australia and Saudi Arabia. Pediatric Nursing Review, 8 (3), 2-5, 1995.
41) Nair, L.: Maternal Nutrition: An essential element of primary health care. Nursing Journal of India, 80 (3), 69-71, 1989.
42) Onyejiaku, E.E., Holzemer, W.L., Morrow, H.M., Olabode, M.A. & Rogers, S.: Evaluation of a primary health care project in Nigeria. International Nursing Review, 37 (3), 265-270, 1990.
43) Orpaz, R. & Korenblit, M.: Family nursing in community-oriented primary health care. International Nursing Review, 41 (5), 155-159, 1994.
44) Osguthorpe, N. and Morgan E.P.: An immunization update for primary health care providers. Nurse Practitioners, 20 (6), 52-65, 1995.
45) Owen, A.: Uphill struggle. Nursing Times, 92 (13), 46-48, 1996.
46) Patistea, E., Chilaoutakis, J. Darviri, C. and Tselika, A.: Breast self-examination -Knowledge and behavior of Greek female health care professionals working in primary health care centers. Cancer Nursing, 15 (6), 415-421, 1992.
47) Pilgrim, D. and Rogers, A.: Mass childhood immunization: Some ethical doubts for primary health care workers. Nursing Ethics, 2 (1), 63-70, 1995.
48) Poulton, B. and Wade, B.: Primary health care in Nepal, Nursing Standard, 9 (11), 24-27, 1994.
49) Pullen, C., Edwards, J.B., Lenz, C.L. & Alley, N.: A comprehensive primary health care delivery model.Journal of Professional Nursing,10(4),201 - 208, 1994.
50) Quillian, J.P.; Community health workers and primary health care in Hondurus. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 5 (5), 219-224, 1993.
51) Reid, U.V.: Basic nursing education for primary health care in the Caribbean. International Nursing Review, 29 (6), 169-176, 1982.
52) Rowley, E.: Developing local projects in primary health care in Wales. Nursing Times, February 8, 91 (6), 32-33, 1995.
53) Shoulz, J. and Hatcher, P.A.: Looking beyond primary care to primary health care: An approach to community-based action. Nursing Outlook, 45,

23-26, 1997.
54) Sourtzi, P., Nolan, P. & Andrews, R.: Evaluation of health promotion activities in community nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 24, 1214-1223, 1996.
55) Stewart, M.J.: From provider to partner: A conceptual framework for nursing education based on primary health care premises. Advances in Nursing Science, 12 (2), 9-27, 1990.
56) Sukati, N.A.: Linking quality improvement with primary health care. International Nursing Review, 42 (4), 105-115, 124, 1995.
57) Sukati, N.A.: Primary health care in Swaziland: is it working? Journal of Advanced Nursing, 25, 760-766, 1997.
58) Sword,W.,Noesgaard,C.and Majumdar, B.: Examination of student learning about dimensions of health and illness using Stewart's conceptual framework for primary health care. Nurse Education Today ,14, 354-362, 1994.
59) Tenn, L.: Primary health care nursing education in Canadian university school of nursing. Journal of Nursing Education, 34 (8), 350-358, 1995.
60) Thornton, C.: A focus group inquiry into the perceptions of primary health care teams and the provisions of health care for adults with a learning disability living in the community. Journal of Advanced Nursing, 23, 1168-1176, 1996.
61) Thornton, C.: Primary health care for adults with learning disabilities who live in the community - is a specialist nurse required? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,1, 125-126, 1994.
62) Walker, L.: The practice of primary health care: A case study. Soc. Sci.Med., 40 (6), 815-824, 1995.
63) Wasan, R.K.: Status regarding development of infrastructural facilities in India. The Nursing Journal of India, L32 (1), 1991.
64) Whelan, E.M.: The health corner: a community-based nursing model to maximize access to primary care. Public Health Reports, 110 (2), 184-188, 1995.
65) Wiles, R. & Robinson, J.: Teamwork in primary health care: the reviews and experiences of nurses, midwives and health visitors. Journal of Advanced Nursing, 20, 324-330, 1994.
66) Wilson, G.: Getting perspective - Primary health care: Toward equity and efficiency in the accident and emergency department in Australia. Nursing Forum, 26 (4), 25-29, 1991.
67) Woodbury, P.A.: Computer assisted evaluation of problem solving skills of primary health care providers. Alternative Ways of Offering CE, 15 (5), 174-177, 1984.
68) ブライアント,J.H.:公衆衛生と経済発展歴史的展望,埼玉公衆衛生世界サミット,WHO,埼玉県,1991.
69) 広井良典:ケアを問い直す,筑摩書房,105-115,1993.

参考文献

1) 国際協力事業団医療協力部:JICAプライマリ・ヘルスケアの手引き—すこやかな地域社会を目指して,日本公衆衛生協会,1998.
2) 国際協力事業団監修,小早川隆敏編:国際保健医療協力入門—理論から実践へ,国際協力出版会,1998.
3) 厚生省大臣官房国際課監修:WHOと地球 '96,メヂカルフレンド社,1996.
4) 松田正巳,島内憲夫編:みんなのためのPHC入門,垣内書店,1993.

Abstract

Literature Review of Nursing Based on PHC

Michiko Hishinuma[1], Akiko Mori[1], Wakako Kushiro[1], Masumi Katagiri[1], Kazuko Naruse[1], Yoshiko Sakai[1], Kazuko Saito[2]

The purpose of this literature review was to analyze the current status of nursing as it relates to Primary Health Care (PHC). The focuses of the literature review were : 1) the scope and activities of PHC ; 2) the concept of PHC ; 3) nursing providers and their roles with PHC ; 4) nursing education related to PHC ; 5) strategies for promoting PHC.

Using CINAHL, literature described in English from 1993 to 1998 was searched by the following keywords; PHC, Nursing, Maternity, Pediatric, Adult, Elderly, Emergency, Psychiatric, Midwifery, Community, Community Health Care and Education. From a total of two-hundred-seventy-one (271) documents, sixty-seven (67) were selected for further analysis. Two kinds of coding sheets were prepared.

Sixty-seven (67) documents comprised of twenty-two (22) discourses, twenty-five (25) research papers and twenty (20) reports. They were categorized and examined according to the aspects of this review.

A number of documents described infectious disease and health for mothers and children. They were focused on the first stage of health transition. A few documents discussed mental health which was pertinent in the second stage of health transition. The third stage of health transition was rarely discussed. The documents emphasized the importance of developing the PHC system and clarifying the role of nurses and other team members. In order to achieve health for all by utilizing PHC, it must be introduced into the nursing education curriculum. One of the most important tasks for the future is to educate nurses who can develop PHC systems and the team approach.

Key words

Nursing , Primary Health Care , Literature Review

1) St.Luke's College of Nursing

2) Chiba University School of Nursing