

St. Luke's International University Repository

Nursing Practice Models in an Urban Health Center: Historical Analysis from the Perspective of Primary Health Care.

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 菱沼, 典子, 田代, 順子, 森, 明子, Hishinuma, Noriko, Tashiro, Junko, Mori, Akiko メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00014886

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



— 報 告 —

日本の都市型保健所における看護活動モデル —プライマリヘルスケアの視点から—

菱沼典子¹⁾、田代順子¹⁾、森明子¹⁾
押川陽子²⁾、酒井禎子³⁾、成瀬和子⁴⁾

要 旨

本研究は、高齢社会においてプライマリヘルスケアは有効な戦略であるという前提に立ち、プライマリヘルスケアに基づいた看護活動を模索することを目的として、日本最初の都市型保健所である京橋保健館（現中央保健所）における保健師の活動から、健康転換の各相でみられる看護活動のモデル化を試みた記述研究である。京橋保健館が開設された1935（昭和10）年から1999（平成11）年までの当該地区の健康問題と保健活動に関する史料をもとに、保健師の活動を記述し、各健康転換における看護活動モデルを作成した。

健康転換第1相では、保健師が健康問題を見つけ、啓発し、指導するというモデル（A）が見いだされた。健康転換第2相では、モデル（A）に加え、保健師と住民が横に並んで相談する看護活動モデル（B）と、住民を支える複数の援助者の一人として保健師が活動するモデル（C）が現れてきた。健康転換第3相では、モデル（A）、（B）、（C）に加え、保健師が援助者をコーディネートするモデル（D）と、さらに行行政と住民を結びつける新たな活動モデル（α）が抽出された。モデル（α）は、保健師が調査・企画に携わり、行政と住民とのパイプ役になるモデルであった。

高齢社会での看護活動に求められる能力は、住民のパートナーとなれること、複数の看護活動モデルを状況に合わせて使えること、他職種を含めてコーディネートする力、調査・企画力であり、活動モデルをプライマリヘルスケアの概念に合致する形で活用するための方法論が課題となつた。

キーワード

プライマリヘルスケア 保健師 看護活動モデル 健康転換

I. 序 論

プライマリヘルスケア（Primary Health Care：以下PHCと略す）は、1978年に世界保健機関（WHO）が“Health for All by the Year 2000（2000年までにすべての人々に健康を）”を実行する戦略として提案したものである（Alma-Ata宣言）。PHCを用いた看護活動に関する文献検討から、PHCの要素の中でも特にa. 住民が主体であり、医療者は住民のパートナーとなって活動すること、b. ヘルスワーカーとなる住民への教育と

ヘルスワーカーを含めたチームアプローチであること、c. その土地その文化に許容され、かつ、その地域の資源で行える活動であること、d. その地域のすべての人が容易に手にいれられる活動であることの4点の重要性が明らかになった¹⁾。

PHCは開発途上国への支援活動に焦点があると見なされた観があるが、上記の4点から見ても、あらゆる健康状態の人々、あらゆる文化・地域の人々に用いることができる方略である。開発国であり、高齢社会の日本では、すでに健康に関する自己責任が重要視されており、保健医療の主体は住民にあるというPHCは、開発国にとっても有効な活動指針であると考える。

開発国は人口の高齢化が進んでおり、高齢社会における看護活動は、日本ののみならず今後世界においても大きな課題となることは明白である。高齢社会における看護活動モデルを、PHCに基づいて開発することは、世界の看護活動に資するものであろう。高齢社会における

受付日2002年2月15日 受理日2002年5月23日

1) 聖路加看護大学

2) 前聖路加看護大学、現聖路加国際病院

3) 前聖路加看護大学、現新潟県立看護大学

4) 前聖路加看護大学、現国際協力事業団ケニア国医療技術教育強化プロジェクト

PHCに基づいた看護活動モデルの開発を行うために、本研究ではこれまでの日本の地域保健活動から看護活動を抽出し、モデル化することとした。今回は地域保健活動を対象とし、保健師の活動を分析したが、看護に共通する活動として、看護活動モデルと呼ぶこととした。

本研究に先立ち、日本における最初の都市型保健所である東京市特別衛生地区京橋保健館〔現中央区中央保健所〕創立の1935（昭和10）年から、介護保険施行前の1999（平成11）年までの64年間の地域保健活動の変遷を分析した²⁾。その結果、第2次世界大戦中の1935～1945年、戦後の1945～1955年、高度経済成長期の1956～1974年、人口の高齢化が進んだ1975～1988年、高齢社会へ向けてインフラ整備がなされた1989～1999年の5つの時代に区分できた。さらに、疾病構造と経済・社会状況の関連を含めた健康転換の概念³⁾を用い、第2次世界大戦を挟んだ1935～1955年が健康転換第1相、高度成長期から人口の高齢化に向かった1956～1988年が健康転換第2相、高齢社会になりそれを支えるためのインフラ整備に目が向けられた1989～1999年が健康転換第3相に相当すると考察した。なお健康転換第1相の主な疾病は感染症、第2相は慢性疾患、第3相は老人性の退行性疾患である。

本研究ではこの中央保健所における各健康転換での地域保健活動と、保健師が行ってきた対人サービスの内容と方法を検討し、看護活動のモデル化を試みた。

II. 研究方法

都市型保健所のモデルとして開設された東京市特別衛生地区京橋保健館（現中央区中央保健所）を対象とし、中央保健所や中央区役所の諸史料をもとに、地域保健活動と保健師の活動の形態等を記述した。使用した史料は、「東京市役所：特別衛生地区事業年報、保健館年報、事業報告、1936, 1938, 1940～1942」「東京市特別衛生地区保健館：保健館の概要、1939、保健館事業の提要、1942、保健館事業5年間の効果の概要、1942、保健指導婦要覧、年代不詳」「東京市役所：東京市社会事業施設年表、1939」「東京市役所：東京市市政年報、1940」「東京都中央保健所：衛生統計年報、1952」「東京都中央保健所：保健所年報、事業概要1953～1962, 1966, 1971～1974」「東京都中央区中央保健所：事業概要1975～1980」「東京都中央区中央保健所：中央区の保健衛生1981～1999」である。

先行研究で分類された5期に分けて、保健所の地域保健活動のうち、衛生、母子保健・家族計画、予防接種、流行病、慢性疾患、精神衛生というPHCの活動内容の要素に該当する活動を抽出し、それらの活動を健康相談、健康教育や保健指導、訪問指導、健康診査という保健師の活動形態別に分類した。各健康転換での保健師の活動の特徴をもとに、看護活動モデルを作成した。

III. 結 果

1. 健康転換第1相

(1) 第2次世界大戦中（1935～1945年）の地域保健活動

京橋保健館発足当時、保健婦（2002年3月保健師と名称変更）の概念や職務内容は確立されておらず、看護婦（当時）が保健指導婦という名称で活動を始めた。保健婦規則が制定されたのは1941（昭和16）年である。（注：本論文では保健指導婦、保健婦規則および保健婦助産婦看護婦法で規定された保健婦を含めて、保健師と記載する。）京橋保健館は小児衛生部、学校衛生部、予防部、庶務部、防疫部、社会衛生部、保健指導部の7部署で発足し、保健師は保健指導部に所属していた。保健師は家庭訪問と所内の相談業務を主な活動とし、『保健指導婦要覧』には、保健指導婦の役割、活動の目的、活動の方法、範囲が記されている。家庭訪問の対象は母子および結核患者が多く、家庭婦人を啓発し、健康生活を目指していたが、精神衛生相談に来館した相談者や工場、学校への訪問も行っていた。

京橋保健館で行なわれていた保健活動は行政が主導的役割を負っており、結核対策や農村に比べて体格が劣る子どもたちの保健衛生・体力向上に重点を置いていた。保健師は家庭訪問に重点を置き、地域で行なわれた講演会や座談会で衛生教育をした記録はなかった。地区的組織的活動は保健館の他の部署と既存の地域組織が協力して行なっていた。

1942年を最後に保健館の資料は途絶え、次に発行されたのは1952年であるため、この間の活動状況は不明である。

(2) 戦後10年（1945～1955年）の地域保健活動

この時代の地域保健活動は全国的に戦後のGHQの指令で進められ、行政機構の変更、法令の整備が行われていた。公衆衛生対策が推し進められ、その実施機関として保健所が整備され、各種の予防法が制定されている。

中央区では戦中に減少した人口が、戦地および疎開先からの帰還によって増加に転じ、主な健康問題は結核と急性感染症であった。予防を観点とした公衆衛生事業の占める位置が大きく、保健師の活動は家庭訪問、保健所内での健康相談、健康教育が主であった。健康教育では母子保健、受胎調節のほか、在宅療養中の結核患者の家族を対象とした結核学級が開かれていた。

(3) 看護活動モデル（図1）

感染症と母子保健が主な健康問題である健康転換第1相では、保健師から住民へ向けて情報の提供がなされていた。地域住民は衛生教育・指導の対象者であり、地区活動は戦時色とあいまって、行政主体であった。保健指導婦要覧には家庭訪問での関わり方を、直接健康問題を指摘するのではなく、まず家族の様子を聞きながら問題に近づくようにと述べており、保健師が健康問題を見つけ、啓発し、指導するという看護活動モデル（モデル

A) が抽出できた。

2. 健康転換第2相

(1) 高度経済成長期（1956～1974年）の地域保健活動

1952年にサンフランシスコ講和条約が締結され占領政策が終了した。日本の経済状況は朝鮮動乱の特需で急激に回復し、所得倍増計画のもと、産業構造が大きく変化し、労働人口の都市への流入、農村の過疎化と高齢化が問題になってきた。1963年に老人福祉法が公布され、1965年には母子保健法が公布されている。一方工業化が進むにつれ、工場廃棄物からの公害問題がおこり、1971年に環境庁が設置された。衛生行政では保健所の統廃合、型別再編がなされ、保健師は国保保健師と保健所保健師

に二元化された。

この時期にはそれまでの母子や急性感染症や結核に対する活動に成果が見られ、新たな健康問題として脳血管疾患や悪性新生物、心疾患が成人病として取り上げられてきた。中央保健所では1957年に高血圧を中心とした『慢性疾患学級』を、1958年に『成人病相談』を開始している。また公害問題に対して、1961年に『公害相談』、1969年には『公害検診』を開始している。1972年に老人福祉法の改正で老人医療が無料となり、同時に『寝たきり老人家庭訪問指導』、1974年に『一人暮らし老人訪問指導』が始められている。また保健所以外での健康教育活動が1962年に『動く保健所』として開始され、1966年には『保健所だより』が発行されている。この時期のも

<健康転換第1相> <健康転換第2相> <健康転換第3相>

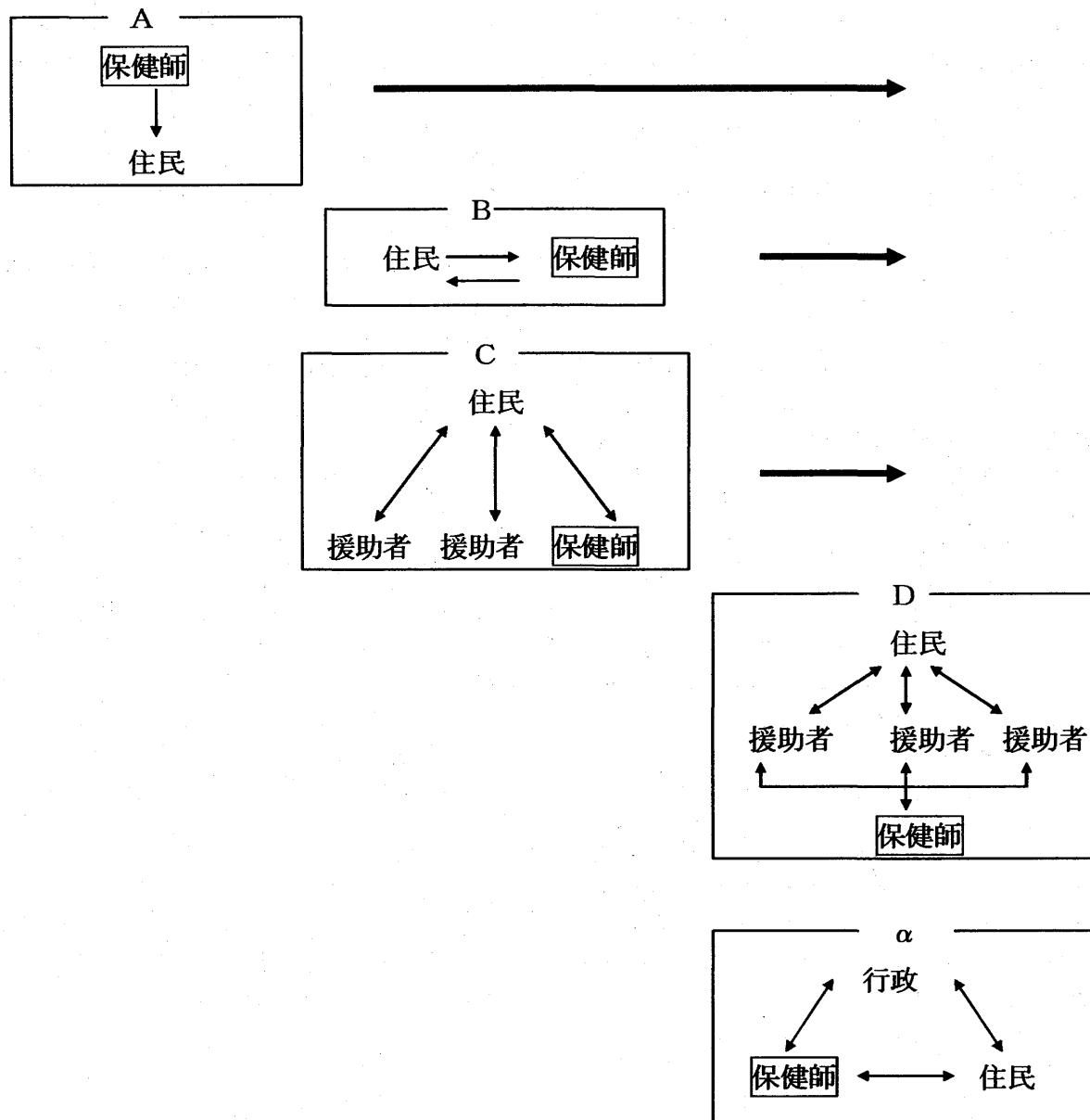


図1 看護活動モデル

う一つの特徴は、保健所の活動に健康診査が加わり、集団検診が行われるようになったことである。また1973年に精神衛生講習会が開催されている。保健師は奉仕課に所属し、対人サービス部門として活動していた。

(2) 高齢化の時期（1975～1988年）の地域保健活動

1975年に中央保健所は区に移管され、翌年に創立40周年を迎えていた。慢性疾患と高齢化が重なる一方で、天然痘根絶宣言（WHO, 1979）や乳児死亡率が世界で最低となるなど、健康転換第1相の課題が解決されていった。この時期は保健活動の理念上に大きな転換が図られた。それは1978年の『第一次国民健康づくり対策』で、健康の自己責任と地域に根ざした健康づくりがうたわれたことである。

中央保健所では1980年に『健康づくり対策』が開始された。その内容は、健康診査の強化と健康に対する自己責任の啓発活動であり、事業として健康診査と健康教育が増え、健康相談は少なくなった。『循環器集団検診』、『40歳検診』、『肺ガン検診』などがこの時期に始まっている。保健師は健康づくりのために、在宅老人介護法、救急法、家庭看護、乳ガン自己検診などの各種『健康教室』で、知識普及と実技指導を行っていた。1986年に奉仕課が廃止され、保健師は予防課に所属するようになった。

1982年老人保健法が公布され、『寝たきり老人訪問看護指導』が始まり、新しい課題となったエイズに関して、1986年に『エイズ相談』、『エイズ保健教室』と『エイズ血液検査』が始まっている。1987年には『精神保健相談』、『精神保健講習会』、『精神障害者デイケア事業』も始まっている。

(3) 看護活動モデル（図1）

健康転換第2相の健康問題は、保健師が明確な予防手段や解決手段を伝達し、住民が実行することによって解決できる問題だけではなくており、同時に健康に関する自己責任の概念が導入されてきた。看護活動はモデルAに加え、新たに2つの型が抽出された。一つは慢性疾患に関し、保健師と住民が横に並んで相談しながら解決方法を模索する看護活動モデル（モデルB）である。もう一つは、公害問題や寝たきり老人など、行政や医療者にとって新しい健康問題に対する活動から抽出されたものである。寝たきり老人に対する様々な調査や訪問指導のように、家族や地域住民とともに、家庭での老人を支える活動から、住民を支える複数の援助者の一人として保健師が活動するモデル（モデルC）を抽出した。

3. 健康転換第3相

(1) 高齢社会へのインフラ整備期（1989～1999年）の地域保健活動

1989年に『第二次国民健康づくり』が実施された。少子高齢社会に対する政策として、1990年に「高齢者保健福祉推進十カ年戦略（ゴールドプラン）」、1994年に「今

後の子育て支援のための施策の基本的方向について（エンゼルプラン）」が策定されている。また画一的な保健政策から、市区町村単位の地域保健対策への転換がはかられ、1994年に地域保健法が公布された。そのほか、矢継ぎ早に多くの制度の改正、改革が進められた。

高齢者の退行性疾患は治癒を望めず、疾患に焦点を当てるのではなくむしろ生活そのものの支援が課題となる。健康に対する自己責任がますます重要視され、中央保健所においても、『健康増進教室』が始まられている。また、大腸がん、乳がん、肝がん等各種の『がん検診』が開始されている。またヘルスボランティアの育成のための地区組織活動が1995年に始められた。

地域保健法による大きな変化は、保健計画の策定という調査、企画業務が保健師の活動に組み込まれたことである。計画された事業の実行に参加するのとは異なり、調査や企画、判断力が必要とされてきた。保健師は中央保健所の組織改革により、1998年に健康推進課に所属するようになった。

(2) 看護活動モデル（図1）

モデルA、B、Cに加え、保健師が援助者をコーディネートするモデル（モデルD）が出現した。モデルCとの違いは、保健師自身が一援助者となるのではなく、複数の援助者を調整する役割をとることである。高齢者が抱える健康問題は個別性が大きく、生活全体に関わり、かつ長期間にわたってケアを要するものである。保健師自身が行う相談や短時間の訪問では問題解決にはならない状況で、他職種を連携させて生活と健康を守る態勢を整えることが求められ、この期待に応えるモデルであった。

地域の保健に関する調査、企画、システム構築、調整をする役割を担ったことにより、もう一つ抽出されたモデルがあった。これは直接サービスと異なる新たなモデルであり、保健師は行政に位置付けられているが、住民の健康問題の解決に向けて、住民と行政を結ぶ活動モデル（モデルα）が出現していた。

4. 健康転換と保健師の活動形態

保健師の活動形態を健康相談、健康教育・保健指導、訪問指導、健康診査に分類したが、この活動形態は健康転換に連動して変化していた（表1）。

健康相談は健康転換第1相と第2相で多くの相談事業が起きていたが、第3相では新たな事業は起きていないかった。家庭訪問は、健康転換第1相から始められ、第3相まで新しい事業が展開されていた。健康教育は第1相から第3相まで、常に多くの新しい事業が組み込まれていた。これに対し健康診査は、第2相から始まり、第3相でますます新事業が増えている。さらに第3相において、相談、指導、健康診査等の直接的な住民サービスとは異なる、新しい調査・企画活動が現れた。

表1 健康転換各相における保健師の活動形態

保健師の活動 健康転換(年)	健康相談	訪問指導	健康教育	健康診査	調査・企画
第1相 (1935-55)	◎	◎	◎		
第2相 (1956-88)	○	◎	◎	○	
第3相 (1989-)		○	◎	◎	◎

◎ 新事業が多い ○ 新事業がある

IV. 考 察

1. 健康転換と看護活動モデル

中央保健所における保健師の看護活動を分析した結果、5つの看護活動モデルが引き出された。健康転換第1相の活動は、保健師が健康問題を見つけ、啓発し、指導するというモデルAであった。明確な予防策と集中的治療で解決される感染症には、モデルAは有効であろう。このモデルが成功した背景には、取り締まりという形で衛生行政が始まった歴史から、行政が大きな力を持っていましたことと、保健活動の浸透に必要な基礎教育が女性にも実施されていたことが挙げられる。保健師の指導を受け入れられる素地があったからこそ、このモデルが機能したと推測される。

健康転換第2相では、モデルAでは対応できなくなってしまった。慢性疾患への対応は保健師と住民が横に並び相談するモデルBを作り出した。また住民を支える複数の援助者の一人として保健師が活動するモデルCが現れてきた。

第3相では、さらに保健師が援助者をコーディネートするモデルDが出現した。老人性の退行性疾患は、生活能力がある世代の慢性疾患とは異なり、生活そのものに支援を要する状況をもたらした。生活の世話は、標的を定めた予防接種や健康教育等で解決のつくことではない。また保健師自身が個々の住人の直接ケアの提供者となるのでは間に合わず、援助者をコーディネートするモデルDが必要になったのである。さらに第3相では、行政機関と住民の間に立ってその地域全体の保健計画に参与することが求められるようになり、調査、企画、システム構築をする看護活動モデル α が生まれた。このような活動モデルの段階的な出現は、農村部の保健師活動にする詳細な分析から、「治療中心で保健婦主体の個人を対象とした活動」から始まり、「予防活動中心で集団を対象とした総合的活動」、そして「住民主体の地区ぐるみの地区活動」に発展してきたという森口ら⁴⁾の指摘に一致する。

モデルAからモデルB、C、Dになるにつれ、住民主体に近づき、ヘルスワーカーの育成、住民のパートナーとしての保健師への兆しが見えているものの、これらのPHCの要素が達成されているとは言い難い。これらに

比べ、地域で許容されているか、住民が容易に入手できるかという点については、モデルAからすでにその要素が含まれていた。家庭訪問に限らず、いずれの活動でも出張相談、出張教室、動く保健所など、保健師が住民の方へ出向くサービスが含まれ、各事業が成果を生んできたといえる。

2. 高齢社会における看護活動モデルの課題

高齢社会である健康転換第3相において、看護活動として最も大きな課題は、住民や他職種とのパートナーシップを組めるかどうかである。Alma-Ata宣言は、健康は権利であると同時に、国・地域や住民には自分の健康に責任があると述べている。日本では行政の責任において種々の保健活動が整備され、住民は権利としてまた義務として行政の活動に参加してきた。参加できたということは、基礎教育が普及し識字率が高いからこそ可能のことであった。しかし、保健所から言われればやる、言われたことさえやっていればよいという「権威者へのお任せ」が指摘される日本の風土は、住民が健康を自分の問題とはとらえないまま経過してきた。この点に変換を迫っているのが、第一次国民健康づくり対策、第二次国民健康づくりであり、地域保健法である。住民が各自の健康に関して自己決定をする、自分の健康は自分で守るという考え方方は、PHCで保健医療の主体は住民であり、医療専門職は住民のパートナーであるということ等しい。行政主導で保健師が主体であった活動から、住民主体に変化する動きは、公衆衛生全般でパラダイムシフトが課題となっていること⁵⁾とも同じ動きである。

ビッシュは、共通のビジョン、コミットメント、目標を当事者間で持つことが、パートナーシップであると述べている⁶⁾。モデルB、C、Dは、主体は住民にあり、保健師はパートナーであるように見えるが、これらのモデルからは、パートナーシップをとる方法論は見えていない。この方法論を加えることが必須と考えている。

高齢社会におけるもう一つの課題は、モデルDにある他職種との連携、協働におけるコーディネーターの役割と、モデル α の地域全体を見て地域の査定ができ、政策を立てられる力が求められていることである。中央保健所において保健師は、保健指導部、奉仕課、予防課、健康推進課とその所属を変え、あらゆる事業の対人サー

ビスで活動していたが、必ずしも事業の企画に関わっていたのではない。今後は調査、企画、調整の力量が問われ、モデルαの実践での方法論が必要と考えている。

3. 看護活動モデルの活用に向けて

今回の結果から、高齢社会においてPHCに基づく看護を行っていくのには、健康問題に合わせて看護活動モデルを選択して使えることが必要だと指摘できる。ただしモデルの活用に当たっては、住民のパートナーとなれる方法論を有することが求められる。

パートナーシップの育成には、実際の活動における役割モデルの存在が必要であろう。これは基礎教育において学生がパートナーシップを体験できることが重要だと考える。学生と教員のパートナーシップが、住民と専門職のパートナーシップのモデルとなるよう、教育方法の変革を望むものである。

モデルA、B、C、Dを選択し、活用する能力は基礎教育課程で、モデルαを活用できる能力は大学院等の上級課程で育成すべきではないだろうか。すでに高齢社会に入った日本の健康課題を引き受けしていくために、大学院教育の充実が望まれる。

V. 本研究の限界

本研究は一保健所における入手可能な資料をもとに、記録にとどめられた活動のみを分析の対象にした。従って記録に漏れている活動があった可能性もあり、まだほかの看護活動モデルがある可能性がある。また、他の地域や場でこれらのモデルが当てはまるかどうか、モデルの妥当性の検討は今後の課題である。

本研究の実施に当たり、貴重な史料を提供下さった中央区中央保健所に感謝いたします。

本研究は聖路加看護大学WHOプライマリヘルスケア看護開発協力センターの研究として、平成11年度厚生省医療技術評価総合研究事業の一部として行ったものである。なお本研究の一部は第3回WHO看護・助産開発協力センター学術集会（マンチェスター、2000）で発表した。

引用文献

- 1) 菱沼典子、森明子、片桐麻州美他：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、聖路加看護大学紀要、26、59-71、1999。
- 2) 菱沼典子、成瀬和子、酒井禎子他：日本の都市型保健所における保健活動の変遷—1935年から1999年までの東京都中央区の活動—、聖路加看護大学紀要、28、1-17、2002。
- 3) プライアント、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。
- 4) 森口育子、兵井伸行：戦後の公衆衛生で保健婦の果たした役割とプライマリ・ヘルス・ケア—国際協力への展望をふまえて、Bull. Inst. Public Health, 42 (2), 229-239,

1993.

- 5) 小野寺伸夫：地域開発と公衆衛生地域活性化の論点と戦略—新しい公衆衛生パラダイムの論点と戦略構想、公衆衛生、53 (3), 155-160, 1994.
- 6) ビッシュ、S. A. : 女性的健康と開発への看護の貢献—国を越えたパートナーシップ、看護、51 (5), 111-116, 1999.

参考文献

- ・広井良典：ケアを問い合わせよすー＜深層の時間＞と高齢化社会、筑摩書房、1997。
- ・平尾真智子：看護の歴史近代日本の看護婦たち 公衆衛生の発達と看護の機能の拡大、ブレインナーシング、14 (6), 548-552, 1998。
- ・平野かよ子、地域保健法の概要と今後の保健活動の方向性、保健婦雑誌、50 (12), 926-927, 1994。
- ・厚生省健康政策局計画課監修：ふみしめて五十年—保健婦活動の歴史—、日本公衆衛生協会、1993。
- ・前田孝弘：東京の公衆衛生で学んだこと 地域レベルの健康戦略をもつことの重要性、保健婦雑誌、53 (8), 643-647, 1997。
- ・小野寺伸夫：公衆衛生こぼれ話（第6回）戦前戦後の公衆衛生の歴史 厚生行政発展に関する歴史的考察、公衆衛生情報、16 (6), 29-32, 1986。
- ・大国美智子：保健婦の歴史、医学書院1973。
- ・須川豊、小野寺伸夫：公衆衛生こぼれ話（第8回）戦後の公衆衛生の歴史 環境問題と民間公衆衛生活動、公衆衛生情報、16 (9), 23-27, 1986。
- ・東京市役所：昭和13年度 東京市政年報保健編、1940。
- ・東京市役所：昭和11年特別衛生区保健館事業年報第2回、1938。
- ・山口正義、小野寺信夫：公衆衛生こぼれ話（第1回）戦前・戦後の公衆衛生の歴史結核対策・行政機構の変遷、公衆衛生情報、16 (1), 34-38, 1986。

Nursing Practice Models in an Urban Health Center: Historical Analysis From the Perspective of Primary Health Care

Michiko Hishinuma

Jyunko Tashiro

Akiko Mori

(St. Luke's College of Nursing)

Yoko Oshikawa

(St. Luke's International Hospital)

Yoshiko Sakai

(Niigata Prefecture College of Nursing)

Kazuko Naruse

(Nursing adviser of JICA Project in Kenya)

This study aimed to extract nursing practice models from the activities of public health nurses in an urban city in Japan. Chuo-ku Health Center, founded in 1935 and the first urban health center in Japan, was chosen as the site for this investigation. Historical materials from 1935 to 1999 were analyzed from the perspective of primary health care (PHC). We presume that PHC is the useful strategy for the health care in aged society.

Five models were identified based on health transition and activities of public health nurses. In health transition phase I (1935-1955), public health nurses provide leadership to the community by detecting and pointing out the health-related problems, educating and giving guidance to the people (Model A). In Model B which appeared during health transition phase II (1956-1988), the people consulted with public health nurses in equal position compared to Model A. There was another one, Model C, in which public health nurses took on a role as one of the multiple health supporters. In health transition phase III (1988-1999), Model D, public health nurses coordinated the health care supporters appeared. In addition, public health nurses took new role to connect people and the administration (Model α). In Model α , public health nurses participated survey and planning of the local public health administration and linked people and administration.

Findings suggest that the nursing practice in aged society require abilities to build the partnerships with people, to use nursing practice models in accordance with situation, and to survey, plan and coordinate. And the methods how to use the practice models are very important issues.

Key Words

Primary health care, public health nursing, nursing practice model, health transition