

St. Luke's International University Repository

健康転換各相に対応した看護活動モデルの検討と開発

メタデータ	言語: Japanese 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, 成瀬, 和子, Hishinuma, Noriko, Tashiro, Junko, Naruse, Kazuko メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00014942

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



健康転換各相に対応した看護活動モデルの検討と開発

菱 沼 典 子¹⁾, 田 代 順 子¹⁾, 成 瀬 和 子²⁾
水 野 恵 理 子³⁾, 酒 井 禎 子⁴⁾, 森 明 子¹⁾

要 旨

東京都中央区中央保健所の保健師活動の歴史的研究から抽出した5つの看護活動モデル（提供型・相談型・参加型・コーディネート型・トライアングル型）の妥当性を検討するために、諸外国の健康転換とどの看護活動モデルが適合しているかを調査した。対象国はケニヤ共和国、ガーナ共和国、スリランカ民主社会主義共和国、タイ王国、大韓民国、フィンランド共和国の6カ国で、調査は2000年に行った。調査方法は文献・資料によるデータ収集と、各国の看護職または事情をよく知る日本人看護職からの聞き取りによった。

その結果、各国の健康転換に連動して、看護活動モデルが当てはまり、モデルの妥当性は認められた。また、看護活動モデルは、行政的システム構築や管理業務におけるモデルと直接ケアにおけるモデルでは異なることが明確になった。前者の看護活動モデルには、トップダウン型モデルとトライアングル型モデルがあり、看護職が住民のパートナーとなって、調査・企画能力をもつトライアングル型モデルが、健康転換にかかわらず推奨されるモデルであった。一方直接サービスにおける看護活動モデルは、健康転換に対応して複数のモデルが認められた。健康転換第1相（感染症が主な健康問題）では提供型モデル、相談型モデル、第2相（慢性疾患が主な健康問題）では提供型モデル、相談型モデルに加え参加型モデル、第3相（高齢社会）ではこれらにコーディネート型モデルが加わり、さらにネットワーク型モデルを新しく開発した。

看護職がこれらの7つの看護活動モデルを、健康転換や問題状況に合わせて選択して活用できれば、有効な看護が展開されると期待できる。またプライマリヘルスケアの根本的要素である住民主体と看護モデルの関係や、看護活動モデルの看護教育への応用を論じた。

キーワード

看護活動モデル, 健康転換, プライマリヘルスケア, 住民主体

I. はじめに

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では、健康転換を第1相から第3相に分類し、各相の主な健康問題を第1相は感染症、第2相は慢性疾患、第3相は高齢人口増加とそれに伴う退行性疾患と捉えている¹⁾。わが国は健康転換第1相、第2相を経て、現在第3相の高齢社会に該当している。われわれは先に、東京都京橋保健館（現中央区中央保健所）の保健師活動の歴史的研究から、健康転換に連動して看護活動モデルが変化してきたことを見出した²⁾。また、プライマリヘルスケア（以下PHC）の視点から看護活動モデルを分析したところ、PHCの要素のなかの住民が主体であるか

と専門職が住民のパートナーであるかの2点が、看護活動モデルを決定していることを見出した³⁾。

今回はすでに抽出した看護活動モデルの妥当性を検討することを目的に、諸外国の健康転換と看護活動をモデルと比較検討し、さらに健康転換第3相における新たな看護活動モデルの開発を行った。

なお本稿において看護活動モデルとは、保健師・看護師・助産師を含めた看護職が行っている活動をモデル化したものをさしている。

II. 研究方法

1. 調査対象国

先に行った保健師の活動の歴史的研究では、経過中に健康転換に変化があり、健康転換各相から看護活動モデルが抽出された。そこでさまざまな健康転換相から看護活動を抽出して、比較検討する必要があるため、調査対象を国外に定めた。地域における看護の状況を正しく把握す

受付日2005年2月7日 受理日2005年5月17日

1) 聖路加看護大学

2) 聖路加看護大学研究生, 元国際協力事業団

3) 山梨大学, 元聖路加看護大学

4) 新潟県立看護大学, 元聖路加看護大学

るには、現地の状況に詳しい人物からの情報提供が必須であるため、この可能性がある対象地を便宜的に選定した。

対象とした国は、大韓民国（以下韓国）、タイ王国（以下タイ）、スリランカ民主社会主義共和国（以下スリランカ）、ケニヤ共和国（以下ケニヤ）、ガーナ共和国（以下ガーナ）、フィンランド共和国（以下フィンランド）、ブラジル連邦共和国（以下ブラジル）であり、いずれも聖路加看護大学の WHO 看護開発協力センターの活動を通して、接触のある国々である。

2. 調査内容

各国の看護活動を把握するために、次の6項目に関する調査用紙を作成した。①健康転換相を特定するための衛生指標、政治・経済状況、基礎教育制度、②保健医療システム、③看護職とその教育制度および働く場、④PHCの取り入れ方、⑤PHCにおける母子保健、女性保健、公衆衛生活動、精神保健、高齢者ケアの状況、⑥看護活動の様式とモデルとの整合性である。

3. 調査方法

調査項目について、まず統計資料、文献を使用して情報を収集した。次に各国の看護職、現地の看護事情をよく知る日本人看護職に、調査用紙に基づいた聞き取り調査を行った。調査用紙は英訳し、状況に合わせて英語、日本語、または現地語の通訳を入れて行った。聞き取り調査は、東京または現地で行った。調査は2000年6月～12月にかけて実施した。

4. 分析方法

調査結果は各国別に記述し、看護活動についてわれわれが抽出した看護活動モデルと比較検討した。さらに、新たな看護モデルの開発を試みた。

5. 検証した看護活動モデル⁴⁾

今回検証した看護活動モデルは、以下の5つである。

- ① 「提供型モデル」：看護職が健康問題を見つけ、住民に対して情報やケアを提供するモデルで、健康転換第1相から抽出されたものである。
- ② 「相談型モデル」：各個人の健康管理が重要となる慢性疾患の予防や早期発見に際して、看護職と住民が相談しながらケアが行われるモデルであり、健康転換第2相で出現したものである。
- ③ 「参加型モデル」：公害問題や生涯にわたる障害者支援などに対し、看護職が援助者のひとりとして活動するモデルで、健康転換第2相で抽出されたものである。
- ④ 「コーディネート型モデル」：健康転換第3相から抽出されたもので、個々の住民を取り巻く多くの他の援助者と看護職が連携するモデルである。
- ⑤ 「トライアングル型モデル」：一人で生活が困難な高齢者を支えるための看護活動モデルで、住民と看護職、行政の3者がお互いに連携して健康転換第3相の高齢社会住民全体のニーズに対応するモデルである。

III. 調査結果

対象国とした7カ国のうち、ブラジルを除く6カ国から調査結果を得ることができた。現地での調査を行ったのは、韓国、タイ、ケニヤ、フィンランドである。スリランカについては来日したスリランカの看護職ならびに事情に詳しい日本人看護職から情報を得た。ガーナについては書面での調査に加え、電話による確認を行った。調査への協力者を表1に示したが、現地調査ではこのほか多くの協力を得た。

表1 情報提供者一覧

国名	情報提供者	情報提供者の背景
大韓民国	政府系研究所研究員	看護師, Ph.D
	大学教授	看護師, Ph.D
タイ王国	JICA 看護専門家*	AIDS プロジェクトでタイに約4年在任
	大学教授*	長年にわたりタイで研究
スリランカ民主社会主義共和国	Nursing Tutor	Grade II B 看護師
	Senior Nursing Tutor	Grade I 看護師
	JICA 看護専門家*	看護教育プロジェクトなどで、スリランカに約9年在任
ケニヤ共和国	JICA 看護専門家*	医療職教育プロジェクトでケニアに在住
	Medical Training College の教育学部長	RN, 長年看護教育に携わる
ガーナ共和国	Nursing Officer	PHN, Midwife
フィンランド共和国	大学精神看護学助教授	RN, Ph.D, 精神科・老年科の臨床, 看護師長の経験をもつ

* 日本人

1. 健康転換の指標の状況

調査した6カ国および日本の健康転換の指標の状況⁵⁾⁶⁾をGNPの高い順に表2に示す。1人当たりのGNPが2万ドルを超えている日本、フィンランドは、いずれも識字率100%、平均寿命は男女とも高く、高齢化率が15%を超え、死因は心疾患、脳血管疾患が共通していた。韓国は1人当たりのGNPが約1万5,000ドル、タイはその1/3程度であるが、識字率、平均寿命は近い数値であり、死因は慢性疾患と事故になっていた。両国間で差が大きいのは乳児死亡率、妊産婦死亡率であった。スリランカの平均寿命はタイ、韓国と同じであるが、識字率がやや低く、1人当たりのGNPはタイの1/2強であった。主要疾患をみると感染症と周産期死亡が課題で、ガーナ、ケニヤに類似していた。ガーナ、ケニヤは平均寿命が著しく低く、なかでもケニヤは、1人当たりのGNPがガーナの約1/2で、乳児死亡率が高く、平均寿命がより低い状況であった。

1人当たりのGNP上位3カ国は、死亡原因が記述されていたが、タイ、スリランカ、ガーナ、ケニヤは死因統計がなかった。また義務教育に関しては、聞き取り調査によってガーナ、ケニヤともその制度はあることがわ

かったが、The World Bankの報告には記載がなかった。

健康転換から分類すると、ケニヤとガーナは感染症が最も大きな健康課題であり、GNPは低く、平均余命が50歳代であり、健康転換第1相に相当した。スリランカでは感染症も課題でありながら、成人病の増加も健康課題であり、識字率は高く、平均寿命が延びており、第1相から第2相へ移行しつつあると考えられた。韓国は慢性疾患が主要な健康課題で、また高齢化が急速に進んでおり、第2相から第3相へ移行しつつあった。タイは疾病構造が韓国に類似しているが地域差が大きく、健康転換第1相、第2相、第3相が混在していると考えられた。フィンランドは諸指標が日本と類似しており、健康転換第3相とみることができた。

2. PHCの担い手と看護職の働き

PHCにおける母子保健、女性保健、感染症対策、栄養対策、精神保健、高齢者ケアは、各国の状況によって異なり、重点がおかれている領域は健康転換と関連していた。

看護職は国によって名称、教育年限、業務内容などがさまざまであった。フィンランドは看護師と助産師の教

表2 調査国の概要

データ：1999年

項目 国名	国土 (千km ²)	人口 (百万人)	1人当たり GNP (米ドル)	識字率 (%) 上段：男 下段：女	義務教育 上段：年 下段： 就学率(%)	平均余命 上段：男 下段：女	乳児 死亡率 (/千)	妊産婦 死亡率 (/10万)	高齢化率 65以上の 人口比率 (%)*	三大死因または ・主要疾患*
日本	378	127	24,041	100 100	9 100	77 84	4	8	17	悪性新生物 心疾患 脳血管疾患
フィンランド 共和国	338	5	21,209	100 100	9 100	74 81	4	6	15	虚血性心疾患 脳血管疾患 肺炎
大韓民国	99	47	14,637	99 96	6 100	69 76	9	20	6.6	脳血管疾患 心疾患 交通事故
タイ王国	513	62	5,599	97 93	6 88	70 75	29	44	—	心疾患 がん 事故
スリランカ 民主社会 主義共和国	66	19	3,056	94 88	6 100	71 76	16	60	—	マラリア・結核 周産期死亡 寄生虫症
ガーナ共和国	239	19	1,793	78 60	— —	58 62	65	—	—	マラリア 上気道感染 下痢症
ケニヤ共和国	580	29	975	88 73	— —	50 52	76	590	—	マラリア 急性呼吸器感染症 皮膚疾患

(出典：World Development Report 2000-2001, ただし*を除く)

育課程が別個で業務分担が明確であるが、タイやケニアは看護教育のなかに臨床看護、助産、地域保健の3つが含まれ、看護師がすべてを行っていた。看護職の名称、教育はさまざまで、国ごとに区別して読む必要があった⁷⁾。

ガーナ⁸⁾⁹⁾のPHCは各地域のコミュニティヘルスワーカーと伝統的助産師が担っており、看護職は保健センターや病院での業務に携わっていた。地域住民自身が地区の健康問題に取り組むシステムができていた。ケニア¹⁰⁾⁻¹²⁾ではヘルスセンターとディスペンサリーがPHCの拠点であり、看護職が配置されて、妊婦健診、健康教育などの保健活動と診療が行われていた。スリランカ¹³⁾⁻¹⁵⁾では地域に直結したグラモダヤヘルスセンターで看護を担っているのは、教育年限の最も少ない地域助産師であり、保健師はグラモダヤヘルスセンターとヘルスセンターの管理業務を行い、看護師が病院での看護を担うというように、看護職の職種と業務が明確で組織的であった。タイ¹⁶⁾⁻¹⁸⁾ではヘルスセンターがPHCの拠点であり、看護師およびテクニカルナース(准看護師;すでに養成が停止され、看護師への再教育が順次進行中)が保健業務を、ヘルスワーカーが公衆衛生業務を行っていた。韓国ではヘルスセンターがPHCを担っており、保健師がまだ少数で、看護師が主に活動していた。フィンランド¹⁹⁾⁻²⁴⁾は医療機関を有するヘルスケアセンター

がPHCの中心で、保健活動と医療を統括していた(図1)。

6カ国いずれもPHCを担うヘルスセンターを設置しており、健康診断、健康教育、妊婦健診、簡単な医薬品の提供、避妊具の配布を行っていた。医療と保健が一体化、または連携して機能しており、医療を行わないわが国の保健センターと著しい違いがみられた。

各国における看護職の合計数と人口から、看護職1人当たりの人口を算出したところおおよそ、フィンランド35人、日本127人、韓国335人、タイ653人、スリランカ950人、ガーナ1,267人、ケニア1,450人であった。

3. 看護活動モデルとの適合

PHCを担う場所での看護活動が、どのモデルに適合しているかを、健康転換と関連させて日本を含めてまとめたのが表3である。

フィンランドでは、管理業務と直接サービスの両方を行っており、住民、看護職、行政が連携するトライアングル型モデルとコーディネート型モデルがみられた。韓国では法で決められたことを行っており、提供型モデルであった。健康転換第1, 2, 3相が混在するタイでは、すべてのモデルが混在していた。スリランカでは地域助産師の活動は提供型モデル、保健師の活動はトライアングル型モデルに近く、ガーナは相談型モデル、ケニアは

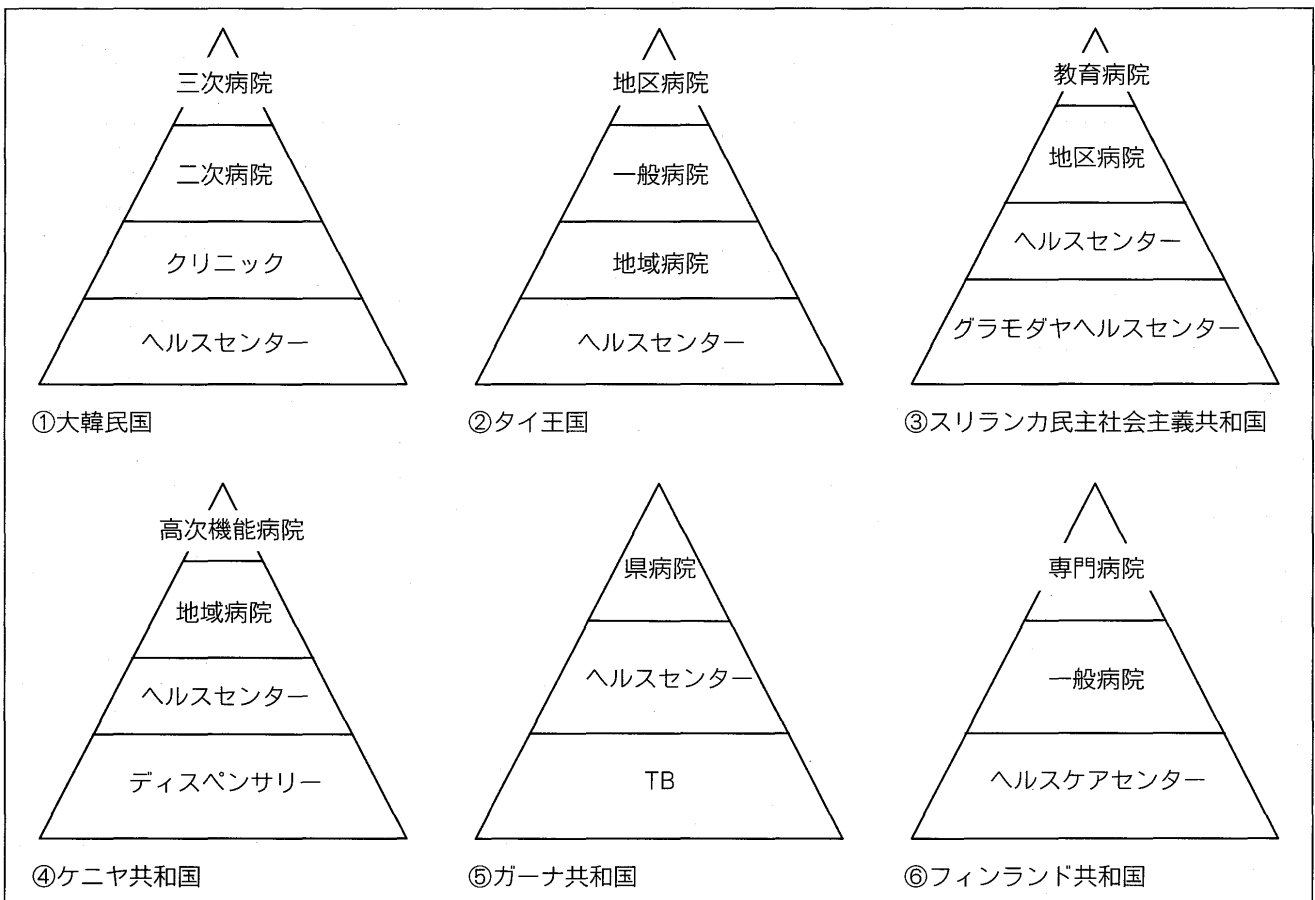


図1 PHCからみた各国の医療保健機関

提供型モデルおよび相談型モデルが該当した。

本調査でモデルの理解が困難である、あるいは当てはまるモデルがないという意見はなかった。

IV. 考察

中央保健所の保健師活動の分析から抽出した5つの看護活動モデルは、いずれも今回の調査国の看護活動にも当てはまるものであり、その妥当性が認められた。

しかし健康転換第1相でも、感染症の予防や治療に有効な提供型モデルのみでなく、専門家と住民が横並びになった相談型モデルがみられた。これは、PHC²⁵⁾の主要な要素である住民主体が、健康転換第1相でも当てはまることを示している。健康転換第2相では、提供型モデル、相談型モデルに加え、参加型モデルがみられた。また行政的システム構築や管理業務における看護活動と、直接サービスにおける看護活動ではモデルが異なることが示唆され、前者に提供型モデルとトライアングル型モデルが適用されていた。健康転換第3相では、第2相でみられたモデルのほか、さらにコーディネート型モデルがみられた。

行政的システム構築や管理業務における看護職と直接サービスにおける看護職では、看護活動モデルが異なっていることが明かになったので、両者を分けて整理を試みた。

行政的システム構築や管理業務における看護活動は、

2つのモデルに整理できた。ひとつは、韓国や日本の保健師活動の初期にみられていた活動形態で、看護職は保健活動の企画に入っておらず、決定された保健活動の実施者でしかないものである。これは提供型モデルの行政版として、新たに「トップダウン型モデル」と名づけた。もうひとつは日本の健康転換第3相、スリランカ、タイ、フィンランドで見られたもので、看護職が他の行政職と住民を結び、企画に参加するトライアングル型モデルである(図2)。

PHCの視点からみれば、健康転換にかかわらず、住民が課題とする健康問題に看護職が関心を寄せる関係性が重要である²⁶⁾²⁷⁾。看護職自身も行政の一員であるが、行政のなかで調査・企画に参加していないトップダウン型モデルより、看護職が住民のパートナーとなり、調査・企画能力ももつトライアングル型モデルが、看護活動モデルとしてふさわしいであろう。

一方直接サービスでの看護活動モデルは、健康転換第1相では、提供型モデル、相談型モデル、第2相では提供型モデル、相談型モデルに加え参加型モデル、第3相ではさらにコーディネート型モデルが加わっていた(図3)。健康転換に連動して看護活動モデルが変化することは、今回の調査からも裏づけられたが、同時に、どの地域においても実際には種々の健康問題があり、看護職は健康問題に対応して看護活動モデルを使い分けていることも明らかになった。いずれの健康転換でも、個々の健康問題に対処するのにふさわしいモデルを選択し、使

表3 健康転換相と看護活動モデル

調査国	看護活動モデル	健康転換第1相	健康転換第2相	健康転換第3相
日本、中央区*		提供型モデル	提供型モデル 相談型モデル 参加型モデル	トライアングル型モデル 相談型モデル 参加型モデル コーディネート型モデル
フィンランド共和国				トライアングル型モデル コーディネート型モデル
大韓民国			提供型モデル	
タイ王国		提供型モデル トライアングル型モデル 相談型モデル 参加型モデル コーディネート型モデル		
スリランカ 民主社会主義共和国		提供型モデル トライアングル型モデル		
ガーナ共和国		相談型モデル		
ケニヤ共和国		提供型モデル 相談型モデル		

(*出典：菱沼典子，成瀬和子，酒井禎子，押川陽子，森明子，田代順子，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)

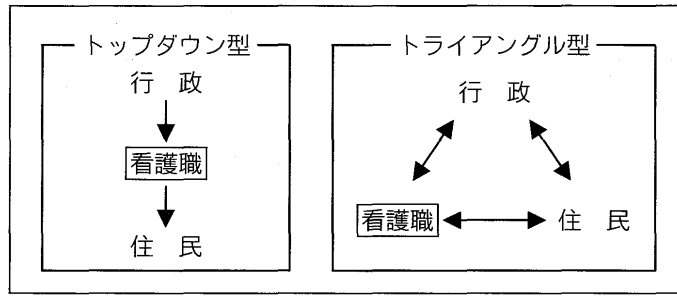


図2 行政的システム構築や管理業務における看護活動モデル

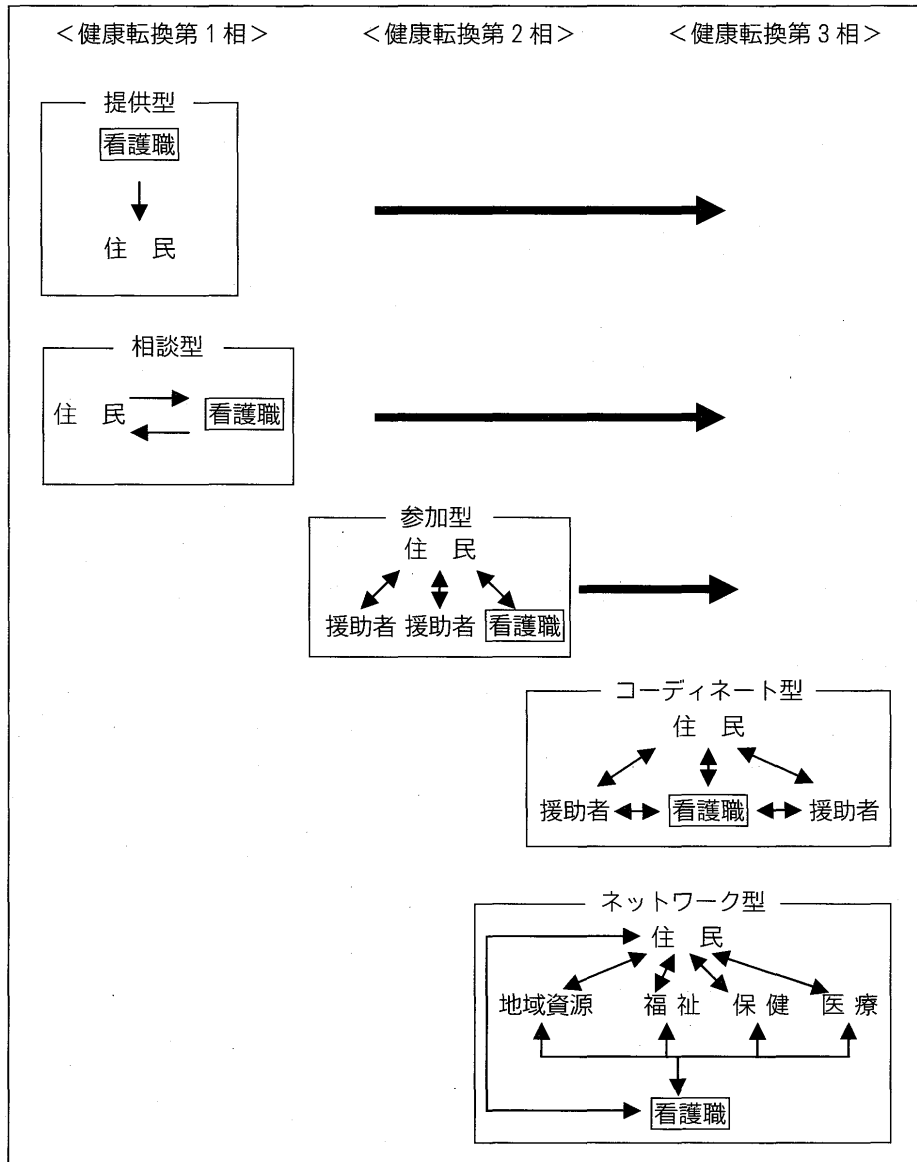


図3 直接サービスにおける看護活動モデル

いこなす能力が看護職には求められているのである。

健康転換第3相にある日本では、コーディネート型モデルだけで、高齢社会に対応できるであろうか。今回の調査で第3相はフィンランドであったが、フィンランドではコーディネート型モデルが適用されていた。フィンランドはヘルスケアセンターが医療と保健を統括しているが、日本では医療・保健・福祉が一元化されておらず、

医療保険と介護保険によって医療と生活が分断され、サービスごとに高齢者自身が連絡調整をしなければならない現状がある。高齢者の生活の保障には医療・保健・福祉が連携し、一元化したサービスを楽しむことができるようにする看護職の活動が必要である。そこで、医療・保健・福祉およびボランティアなどの地域資源と住民の連携を図る看護活動モデルを開発し、「ネットワーク型モデル」と

名づけた。このモデルが加わったことによって、直接サービスには5つの看護活動モデルが示された(図3)。

これらの看護活動モデルを活用するにあたっては、看護職が住民のパートナーとなれるかどうか非常に大きな鍵になる。住民が主体であるというPHCの根本²⁸⁾²⁹⁾を実践に移すのに、これらのモデルが役立ち、効果的な看護活動が期待できると考える。

また看護教育においては、どの看護活動モデルを使える人材を育成するのかを明示できれば、基礎教育また大学院などの教育目標が明確になるであろう。さらに住民と看護職を学生と教師に置き換えることによって、学習活動のモデルにも応用できると考えている。

V. 結論

- ① 看護活動モデルは、行政的システム構築や管理業務におけるものと直接サービスにおけるものでは異なっていた。
- ② 行政的システム構築や管理業務における看護活動モデルには、トップダウン型モデルとトライアングル型モデルがあり、看護職が住民のパートナーとなり、調査・企画能力ももつトライアングル型モデルが推奨される。
- ③ 直接サービスにおける看護活動モデルは、健康転換第1相では提供型モデル、相談型モデル、第2相では提供型モデル、相談型モデル、参加型モデル、第3相では第2相に加えてコーディネート型モデルが該当し、さらにネットワーク型モデルを開発した。
- ④ 看護職にはこれらの看護活動モデルを役割と健康問題に合わせて選択・活用する能力が求められる。

本研究は聖路加看護大学 WHOPHC 看護協力センターで、平成12年度厚生労働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り、第4回 WHO 看護・助産開発協力センターグローバルネットワーク国際会議(2002, シカゴ)において一部を発表した。

引用文献

- 1) 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.
- 2) 菱沼典子, 成瀬和子, 酒井禎子, 押川陽子, 森明子, 田代順子, 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) 菱沼典子, 田代順子, 森明子, 押川陽子, 酒井禎子, 成瀬和子, 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, 聖路加看護学会誌, 6(1), 44-49, 2002.
- 4) 前掲書3)
- 5) The World Bank, World Development Report 2000/2001, Oxford University Press, 2000.
- 6) The International Nursing Foundation of Japan, NURSING IN THE WORLD, 4th Ed., Medical Friend, 2000.
- 7) 前掲書6)
- 8) 国際協力事業団医療協力部, 国別医療協力ファイル(ガーナ共和国), 医療協力事業団, 1994.
- 9) 国際協力事業団医療協力部, ガーナ国人口・家族計画基本調査団報告書, 国際協力事業団, 1995.
- 10) 国際協力事業団医療協力部, 国別医療協力ファイル(ケニヤ), 医療協力事業団, 1994.
- 11) 国際協力事業団国際総合研修所, 開発途上国技術情報データシート(ケニヤ), 医療協力事業団, 1997.
- 12) 国際協力推進協会, ケニヤ開発途上国別経済協力シリーズ第5版, 国際協力推進協会, 1998.
- 13) 国際協力事業団医療協力部, 国別医療協力ファイル(スリランカ), 医療協力事業団, 1990.
- 14) 国際協力事業団国際協力総合研修所, 開発途上国技術情報データシート スリランカ(2/2), 医療協力事業団, 1997.
- 15) スリランカ保健・婦人問題省, (財)アジア女性交流・研究フォーラム訳: アジア女性シリーズ No. 2 スリランカの女性, (財)アジア女性交流・研究フォーラム, 1995.
- 16) Ministry of Public Health, Praboromarajchanok Institute For Health Manpower Development, 1995.
- 17) International Workshop on "Health Care Reform: At the Frontier of Research and Policy Decisions", Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand, 1996.
- 18) 吉武克宏, タイの保健医療供給システム, 小早川隆敏, 国際保健医療協力入門, 99-101, 国際協力出版会, 1998.
- 19) Ministry of Social Affairs and Health, Brochures, Health Care in Finland. Printing House Snellman, Helsinki, 1999.
- 20) マリッタ・ヴェリメッキ, フィンランドにおける精神科慢性患者の看護ケア, 日本精神保健看護学会第9回総会学術集会プログラム抄録集, 5-8, 1999.
- 21) 田中美恵子, フィンランドの地域精神保健サービス(その1), 精神科看護, 26(1), 66-67, 1999.
- 22) 田中美恵子, フィンランドの地域精神保健サービス(終), 精神科看護, 26(2), 66-67, 1999.
- 23) アンネリ・サラヤルビ, ヨウニ・トゥオミ, フィンランドにおける看護学生のための実習, インターナショナルナーシングレビュー, 23(5), 70-73, 2000.
- 24) 宮崎美砂子, フィンランドにおける地域を基盤とし

たケアサービスの現状と看護職の役割, 千葉大学看護学部紀要, 22, 39-43, 2000.

- 25) 国際看護研究会編, 国際看護学入門, 72-80, 医学書院, 1999.
- 26) 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, 公衆衛生研究, 42(2), 229-239, 1993.
- 27) 国際看護研究会編, 国際看護学入門, 124-132, 医学書院, 1999.
- 28) 松田正巳, 島内憲夫編著, みんなのための PHC 入門, 垣内出版, 1993.
- 29) 菱沼典子, 森明子他, プライマリヘルスケアに基づく看護実践・教育・研究の関する文献レビュー, 聖路加看護大学紀要, 26, 59-71, 2000.

参考文献

- 外務省経済協力局編, 我が国の政府開発援助 ODA 白書下巻 (国別援助), (財) 国際協力推進協会 1999.
- 菱沼典子, 田代順子, 森明子, 成瀬和子, 酒井禎子, 水野恵理子, 斎藤和子, 看護の質の確保に関する研究-プライマリヘルスケアに基づく看護モデルの開発高齢社会における看護モデルの開発, 平成 12 年度厚生労働省医療技術評価総合研究事業報告書, 2001.
- 国連人口基金, 世界人口白書 2000 日本語版, 男女共生と見えない格差-変革の時, 家族計画国際協力財団, 2000.
- OECD, OECD in Figures-Statistics on the member countries, 2000 edition, OECD, 2000.
- OECD, Organization for Economic Co-operation and Development : OECD Economic Surveys 1999-2000, Finland, OECD, 2000.
- 総務庁統計局編, 世界の統計 2000 年版, 日本統計協会, 2000.

Development of Nursing Practice Models Related to Health Transition

Michiko Hishinuma, Junko Tashiro, Akiko Mori
(St. Luke's College of Nursing)

Kazuko Naruse

(St. Luke's College of Nursing, Former Nursing Adviser of JICA Project in SriLanka)

Eriko Mizuno

(University of Yamanashi)

Yoshiko Sakai

(Niigata College of Nursing)

From our historical research of public health nurses' activities at Tyuuou Health Center in Tokyo, 5 nursing practice models: service providing model, health-counseling model, participating model, coordinating model, and triangulation model developed. The aim of this research was to evaluate those models and further develop nursing practice models.

The investigators examined the three phases of health transition (I communicable diseases, II chronic illness, and III care of the elderly) and the corresponding nursing practice models of other countries in 2000. The countries were Kenya, Ghana, Sri Lanka, Thailand, Korea, and Finland. Data were gathered from literature and interviews with senior nurses from some of countries, and Japanese expert nurses who had worked in the countries. Using the data and concepts of health transition and primary health care, we identified nursing practice models for each country. And then, we developed nursing practice models for the third phase of health transition, care of elderly.

All nursing practice models were related to a particular phase of health transition. Nursing practice was divided two areas: service planning or administration and direct care to people. In the former area, a top-down model and a triangulation model were identified. In the latter area, there were some nursing models in each of the phases of health transition. In phase I of health transition, the service providing model and the health-counseling model were identified. In phase II of health transition, there was the service providing model, the health-counseling model, and the participating model. In phase III of health transition, in addition to the previously mentioned models, there was also the coordinating model and the network model. The network model was a new model for the care of elderly people.

Nursing practice will be more effective by using the nursing practice models related to the corresponding health transition and activity area. People-centered care was the most important factor of primary health care, and it was also the key point in using nursing practice models.

Key Words

nursing practice models, health transition, primary health care, people-centered care