

# OPINION!

保健師さんへ

## 本当の専門性とは何か、考える時期にきていると思います。

民間公衆衛生医、泌尿器科医として活躍されている岩室先生。ヘルスプロモーション、思春期問題、HIV/AIDS、泌尿器科と非常に守備範囲が広く、鋭くユニークな論説で地域保健関係者にもおなじみの顔です。ケニアで少年期を過ごされたという先生は、今回もまたその「日本人離れた頭脳」で、硬直化したわれわれの頭をマッサージしてくれました。

公益社団法人地域医療振興協会  
ヘルスプロモーション研究センター長

岩室紳也さん

聞き手 編集部

スペシャリストを  
目指せ

「保健師の専門性に関する議論が長く続いています。先生のご意見をお聞かせください。」

岩室 最初に申し上げておきますが、私は「保健師さんには必要不可欠」と考えています。それを前提として少々辛口なことも含め意見を述べたいと思います。

私が大学を卒業した30年近く前、へき地に勤務する医者に求められる専門性とは何かという議論がありました。議論の末、「へき地住民の最低限の要求（ダイヤモンド）が、ジェネラリストとしてのプライマリケアの提供。プライマリケアのレベルを上げることが当然のことだが、住民の健康課題を一つでも多く解決することに寄与する（住

民のニーズに 대응するにはプラスアルファの専門性を兼ね備えたスペシャリスト（岩室の場合は臨床面では泌尿器科、同じ圏域に赴任した同級生は眼科と小児科）のネットワークも必要」というコンセンサスに達しました。

今、保健師の中でなされている専門性の議論を聞いてみると、当時の自治医大で交わされた住民主体の、住民目線での議論のレベルになっていないように思います。住民が保健師さんに求めているのはいろんなことに対応できるジェネラリストです。しかし、ジェネラリストの保健師だけで解決できない課題を解決するための専門性はどう担保しているのですか。そのような専門家、スペシャリストは保健師集団の中にいるのでしょうか。

岩室 これを説明する前に、住民のダイヤモンドとニーズと職能の役割について確認したいと思います。ダイヤモンド



保健師さんには  
自分の失敗を語る  
能力も必要ですね。

### PROFILE

●いわむろ・しんや●

自治医科大学卒業後、神奈川県内の病院、診療所、保健所、県庁等に22年間勤務。その後、2003年4月から現職。現在もHIV/AIDSの診療をするかたわら「人に、患者に、現場に、地域に学ぶ」をモットーに民間公衆衛生医として全国各地を飛び回り、年間講演数は200回を超える。

ドとは表面化・具体化・顕在化した「要求」のことです。潜在化しているが根源的な対応が「必要」となっている課題への対処法がニーズです。医師の標榜科や保健師という資格は住民がディマンド（要求）の予先をどこに向ければいいかを分かりやすくするためにあります。すなわち泌尿器科を標榜した医師は住民の泌尿器科医に対するディマンドに応える泌尿器科のジェネラリストであることが大前提です。泌尿器科医の中で「専門性」を兼ね備えたスペシャリストとは他の泌尿器科医がほとんどやったことがない手術ができるとか、前立腺がんのPSA検診の有効性に関して最先端のディスカッションをリードできるといったレベルです。すなわちスペシャリストとは住民のディマンドにもニーズにも応え、泌尿器科領域の健康度をさらに改善させる役割も担う人たちです。

では、保健師職能におけるスペシャ

メタボ等）の背景にあるニーズを探っています。その過程で関係性の再構築といったニーズが明らかになったとします。関係性の再構築というニーズは保健師だけでは対処できないので、それを地域に投げかけると、地域の中で助け合い、支え合う環境をつくらなければならぬと危機感を持っている人たちの気持ちの一つになり、自ずと保健師によるコーディネートや地域づくりが理解され、ニーズだった関係性の再構築が地域住民のディマンド、要求となり、地域づくりが進みます。

保健師は一丸となってもっとディマンドをつくり出す努力をすべきだと思ふのです。その意味で、「保健師はユニクロに学べ」と言っています。成功する企業は常に顧客のディマンド（マーケティングで言うウォンツ）をつくり出しているのです。

保健師の専門性は業務分担制と地区

リストとは何か。今、保健師に対する住民のディマンドはメタボ、児童虐待、こころの相談、高齢者の独居等多岐にわたっていますが、ディマンドである事業を行っているだけでは住民の健康度を十分上げることができません。スペシャリストの保健師が備える「専門性」とは住民の健康課題の背景にあるニーズ（関係性が喪失した地域や家庭機能の再生、貧困の解消等）に対応し、住民の健康度が上がる方向に寄り添える技能です。保健師のスペシャリストもやはり、ジェネラリストとして活動しつつ「専門性」を兼ね備えた保健師と考えています。

### コーディネートは非常に専門性の高い技術

保健師にはコーディネート能力や地域づくりの手腕が求められるので、スペシャリストというよりジェネラリス

分担制の議論にも関係してきますね。

**岩室** 業務（事業）は住民のディマンドに答え、住民との接点となる場です。しかし、地区（分担）は昔と違い地域の人たちの関係性が崩壊してしまつた中で、関係性の再構築というニーズに対応しなければならぬ場になりました。すなわち、業務分担制が良いか地区分担制が良いかという議論は間違いで、業務分担はジェネラリストの守備範囲であり続けていますが、地区（分担制）はいまやさまざまな専門性を兼ね備えたスペシャリストたちの集合体で対応しなければならぬ場（対象）です。

ジェネラリストがニーズをみる  
ジェネラリストがニーズをスペシャリストにつなぐ  
ジェネラリストとスペシャリストで  
ニーズへの対応策を考える  
スペシャリストがジェネラリストと

トとしての側面が強調されていたように思います。

**岩室** 「保健師はジェネラリストである」という言い方自体が保健師目線です（笑）。「保健師はコーディネーターである」というのも同じです。

実際に連携や地域づくりを凶ろうとすると、「人づきあいはめんどろ」「自分のことだけで精いっぱい」「どうして連携が必要なのか分からない」「人が信じられない」という住民や関係機関が少なくありません。それどころか、実は保健師さんたちにも同じ気持ちの人が少なくない。コーディネートや地域づくりはまだあまり住民のディマンドになっていません。

ジェネラリストとしての保健師はさまざまな課題、不安感等を抱えて生きている人たちと向き合い、その人たちのディマンド、要求を受け止めることから始め、出てきた課題（虐待、自殺、一緒に地域を動かす

健康課題が複雑化する中で、地域住民との接点であるディマンドに基づいた事業を入り口として、ジェネラリストの保健師が住民のニーズを発掘・発見、把握し、スペシャリストの保健師を含めた関係者と対応策を考え、そのことを住民と共有しつつ地域全体で課題を解決する方向に働きかける。そのためにもジェネラリストの保健師と一緒に考え、取り組める、例えば虐待問題を自分たちで意識して育てていく時期にきています。そうしないと、ますます保健師と住民のニーズとの分離が起こっていくと考えています。

虐待問題を考えるスペシャリストとは？ もう少し具体的に説明してください。

**岩室** 「なぜ虐待が起こるのか」につ



いて突き詰めて考えている人はどれだけいるのでしょうか。マスコミ報道をみれば「あの親が悪い」となっています。実は虐待の相談件数が増えていくカーブと10代の人工妊娠中絶が増えていくカーブは一致するのです。男性の自殺や不登校の増加のカーブとも一致します。

このように虐待という現象の背後に

ら、それはハイリスクアプローチで「しょ」という話で終わってしまいます。地域に虐待やメタボの人がこれだけ多いのは地域社会に何らかのリスクがあるからで、それを明らかにし、住民と共有しつつ対策を講じていくことが求められているのです。

しかし、リスクはなかなか見えにくいものです。個人の問題に帰してしまったほうがはるかに分かりやすい。例えば私がメタボを解消したきっかけとなったのは、ある保健師さんの「先生、最近醜くなりませんか」という一言でした。つまり私がメタボになったリスクの一つには、私のメタボ（岩室の健康づくり）に無頓着な人たちに囲まれていたというリスクがあったわけです。でもそのリスクは岩室自身が気づくまで分からない。

われわれが今、いちばん苦手としていっているのは顕在化されていない、共通認識となっていないリスクへのアプロ

何が起きているかを突き詰めて考えられるのも虐待問題のスペシャリストだと思えます。同じような状況でも虐待をしない親もいます。その違いは何かというところ、支えてくれる人のネットワークが希薄であるか充実しているかの差も一つの要因でしょう。そうした問題を関係機関や地域の人たちと一緒に考え、取り組めるのも虐待の問題のスペシャリストといえます。

こう言うと、みなさんは答えを、最良の虐待対策を教えてくださいませんか。地域の課題の解決方法はその地域にしか存在しません。だからこそ皆さんと一緒に考えてくれる、カウンセラーのような専門性をもったスペシャリストも必要です。

チです。そしてスペシャリストたちに求められているのはこうしたリスクに対するアプローチ能力とその方法論の開発なのです。

### 正解教育が保健師をダメにする

「そうした能力を身につけるには、どうしたらよいのでしょうか。ちょっとイジーな質問かと思いますが。」

**岩室** 実は答えもイジーなんです。スペシャリストへの第一歩は「頭の中でクエスチョンマークを持ち続けること」です。私は父親の仕事の関係で、小学校を卒業するまでアフリカのケニアにいたのですが、日本に帰ってきてからさまざまな壁にぶつかり、常に「なんで？ なんで？」と疑問を持ちながら生きてきました。あるとき、こんなことがありました。

### リスクアプローチ能力が必要

**岩室** ここでスペシャリストたちに不可欠なリスクアプローチ能力について強調しておきたいと思えます。ご存知のように、ハイリスクアプローチというのはリスクが個人に帰属している場合に効率的な手段で、ポピュレーションアプローチは社会全体にリスクが蔓延している場合に必要不可欠な手段であるといわれています。医療はもちろん地域保健においても、今までやってきたことのほとんどはハイリスクアプローチだったといえます。

「虐待予防で地域づくり」「メタボ予防で地域づくり」と安易に言われていますが、まずは地域にあるリスクは何であるのかを考えなければなりません。そうしないと、「虐待もメタボも個人レベルで起こっていることだから」

学校のテストの答えに「ギリシャ」「 그리스」と書いたのです。そうしたら「×」を付けられました。私は納得できなかったので「英語でギリシアは 그리스 (Greece)」というのが……」と先生に言ったら、「求められている答えはギリシャなんだよ！」と、まったく取り合ってもらえませんでした。大人になってから、このことをある教育委員会の人に話したら、「岩室先生、それは当たり前ですよ。日本では正解はこれです。なぜならば……という教育方法なんですから」と教えてくれました。そう、この疑問へのクエスチョンマークが40年以上も頭の中にあつたのです(笑)。

保健師さんも例外ではなく、こうした正解教育の悪影響を受けています。「メタボは良くないですよ」「メタボとはこういう仕組みです」と住民に教えることはできますが、「メタボになる人とならない人の違いは何ですか」と

聞かれたときに、「飲みすぎ、食いすぎ、運動不足」という判で押したような答えになってしまいます。では、そうなると「飲みすぎず、食いすぎず、運動している人」との違いは何ですかと

さらに突っ込んで聞くと、「そんなの本人の問題ですよ！」とそこで話が終わってしまうのです。今の大学教育は正解到達方法論教育になっています。要するに正解を教えてしまう。そうした教育を受けた場合、正解をまっとうできる人だけを対象とし、まっとうできない人を無意識のうちに切り捨てていないでしょうか。さらに「地域づくり」や「ネットワークづくり」という自分自身でもよく理解できていない正解を住民に押し付けていないですか。

クエスチョンマークと上手に付き合うためのコツは自分が知らないこと、分からないことがあるのは当たり前と思いき、自分の失敗を表現するのを恐れないことです。そして自分はずえ知ら

ないのか、できていないのか、自分の弱さはどこにあるのかということ語り、誰かに一緒に考えてもらうこと。住民がいちばん求めているところは実はそこなのです。

再び私の経歴を話すと、アフリカでHIVに感染した友人の保健師の北山翔子さんに「アフリカでエイズがすごく増えているのに、保健師のあなたがなんでコンドームつけさせなかったの？　なんで彼氏に検査を受けさせなかったの？」と聞いたことがありません。そうしたら、「じゃあ先生は結婚されるときに梅毒の検査を受けたのですか？」と聞かれたのです。もちろん検査など受けていません。つまり私にとっても性感染症は他人事だったんです。そのことがあってから私は、「HIVの検査を受けなさいよ」という言葉が口にはできなくなりました。われわれが相手にしている生身の人間は、人には言いたくない、人に言えない失敗

をいっぱい抱えているわけです。それなのに正解という看板を背負ってアプロチしようとしたら、うまくいくはずがありません。

スペシャリストへの第二歩は「自分の失敗を語る能力」です。

### 手詰まりを共有すれば ネットワークができる

**岩室** 私はよく講演で「地域づくりというのは手詰まりの先にある」と話しています。地域づくりは保健師という専門職だけではできません。正解教育だけで変れない住民の前ではあなたの健康づくりは手詰まりになっていませんか。だからこそ、今対処しなければならぬリスクは何か、それを克服するために何ができるかを住民と共に考えるときです。とても難しいけれど、それができるのは住民に近い保健師なのです。

私がこういう発想をするのも、ひとつはボランティア活動でAIDS文化フォーラム・in横浜という手づくりのイベントをやっているからだと思えます。そこにかかわっている人は一人ひとりが、やりたいことをやり、気が付けば大きなネットワークがイベントを動かしているのです。運営委員会での私の役割を皆に言わせると、「みんなが苦手な議事録をパソコンでその場でつくってメールリテラリストに流し、ホームページをつくるスペシャリスト」(笑)。私の役割は医者ではないんです。でも、エイズ診療に携わっている医者があることにみんな安心感を持ってきています。

「い」と言ったらそれで終わり。人はついてきません。保健師さんは、口では地域づくりとか、ネットワークづくりとかいいながら、その人自身が行動していない。ただ「あなたはこうしない」と言っていないでしょうか。自分ができることはもちろん一生懸命やりますが、できないことはほかの人にお願ひしたり、一緒に考えてもらったりして、「やってくれて、一緒に考えてくれてありがとう」と言っています。

今の世の中は「私は保健師だから、医者だから」と構えていられないからなかなかつらい(笑)。でも、逆説的ですがダイヤモンドに應える専門性を持つているからこそ、ネットワークに入れてもらえるわけです。ネットワークに入れば、そこには難問、ニーズが

### 編集部から

さすがに岩室先生。鋭い視点、盛りだくさんの情報をいただきました。しかし、すべてを言葉にしてしまうのではなく、あくまでも「示唆」とどこまで出てくるように、インタビュー相手にも考えさせようとする先生の姿勢が感じられました。でも「正解」がほしい！正解教育の弊害は編集部をもむしばんでいるようです。

山積みですので、できそうな所から取り組んではどうでしょうか。スペシャリストへの第三歩は「手詰まりの中で、答えを探し続ける粘り強さ」です。はじめからスペシャリストとして動ける保健師はいません。住民が本当に必要としている保健師のスペシャリティとは何なのかについて、議論だけではなく試行錯誤の実践が始まるのを期待しています。