

ご使用の際は、ご一報ください。
kankyou@ac.jp

公衆衛生看護の倫理 モデルカリキュラム
教 材

公衆衛生看護の倫理 モデルカリキュラム

目 次

公衆衛生看護の倫理 モデルカリキュラム.....	- 2 -
はじめに.....	- 2 -
倫理、公衆衛生看護の倫理について.....	- 2 -
公衆衛生看護の倫理とモデルカリキュラム.....	- 3 -
モデルカリキュラムの教育・学習目的と目標.....	- 3 -
モデルカリキュラムの概要.....	- 3 -
モデルカリキュラムの活用方法.....	- 4 -
各単元の教育方法（教育プログラム）：1 コマ（90分）での展開例.....	- 4 -
事例検討の方法.....	- 5 -
単元1 公衆衛生看護の倫理と専門職としての保健師.....	- 8 -
単元2 事務職との協働.....	- 20 -
単元3 住民・関係者との協働.....	- 24 -
単元4 公平な保健福祉サービスの分配.....	- 28 -
単元5 契約に基づかない支援.....	- 34 -
単元6 法・制度と人権の狭間.....	- 39 -
単元7 保健医療福祉の地域格差.....	- 42 -

公衆衛生看護の倫理 モデルカリキュラム

はじめに

公衆衛生看護実践は、社会集団を対象とした活動を行う一方で、個別の関係性の中で個人・家族ケアを行うため、個人の利益と集団の利益の優先性に関する葛藤、人権と法や制度に関わる問題、社会資源の分配に関わる問題など、他の看護領域とは異なる倫理的課題があるとされ、それらは互いに絡み合い複雑な様相を呈しているとされます^{1) 2)}。さらに近年の我が国における公衆衛生看護においては、健康格差や医療格差、虐待、自殺、新興感染症、災害など倫理的観点からの対応を要する課題が山積し、人々の生活に直接的に大きな影響を与えています。

看護教育においても倫理教育の重要性を示す動きが高まっています。日本看護系大学協議会から「看護教育における倫理指針」が示され、2009年度基礎看護教育指定規則の改定では強化すべき項目に看護倫理が含まれました。それに伴い、2014年版保健師国家試験出題基準の中項目に「公衆衛生看護の倫理」が明示されました。

しかし、われわれの行ったわが国の保健師国家試験受験資格取得のための教育を行っている教育機関（以下、保健師教育機関）に関する調査では、公衆衛生看護の倫理教育を実施しているのは5割に満たないこと、その理由として公衆衛生看護のモデルカリキュラムや教材がないこと、教授できる教員が不足していること、公衆衛生看護の倫理に必要な内容が体系化されていない現状が明らかとなりました。

そこで、「公衆衛生看護の倫理」のモデルとなるカリキュラムと教育プログラムを作成することにしました。本モデルカリキュラムは、保健師国家試験受験資格取得のための1年課程の専修学校、短期大学専攻科、大学学部、大学院で活用できるとともに、保健師の現任教育でも利用できるように設計しました。

倫理、公衆衛生看護の倫理について

倫理とは

倫理は、人生をよく生きるために、人としてどうあるべきか、どう行動するべきかを考える営みであり学問です。そこには必然的に、よいか/よくないか、正しいか/まちがっているか、それはなぜかという問いが含まれます。ここで大事なのはよく生きるために、ということ。倫理の営みのゴールはよく生きる³⁾、ということであり、これには、よく生きるだけでなくよく死ぬことも含まれるでしょう。そのゴールに照らして、人としてどのような人であるべきか、どのような態度で、どう行動するべきかを考えることが倫理です。

人々は日常、倫理を意識せずに、よい、よくないの判断をし、倫理の営みをしています。例えば、嘘はいけない、あの人は誠実な人だ、などです。それほどに、倫理は生活の一部になっていて、空気のような存在です。

私たちは親から倫理的であるように育てられます。人間は、良心や正義感をもっていますが、この感覚には、人がどのように育てられたか、という、生育環境が大きく影響していると言われます。看護では、各看護職者の看護観や実践経験がこれに加わります。

学問としての倫理と看護倫理、公衆衛生看護の倫理

倫理は日常生活の営みであると同時に学問です。これはちょうど、私たちが話すことが生活の一部であると同時に、言語学という学問の対象にもなっていることと似ています。

医療ではより高度な倫理の営みが要求されます。医療専門職者は、よいか/よくないか、正しいか/まちがっているかの判断だけではなく、「どうすべきか」、また「その理由は何か」を判断し、行動し、発言し、またその行動に責任をもたなくてはなりません。この、医療専門職者の倫理の営みを、倫理の知識は助けてくれます。

看護倫理は、倫理学という大きな学問から派生した学問で、「看護とは何か」と「看護師

は何をするのか」の両方をふまえた上で⁴⁾、「よい看護職者であるために、我々はどのような人であるべきか、また、どう考え、どう行動するべきか」を探求します。公衆衛生看護の倫理は、「よい保健師であるために、我々はどのような人であるべきか、また、どう考え、どう行動するべきか」を探求する実践であり、学問です。その探求では、「公衆衛生看護とは何か」と「保健師は何をするのか」の両方をふまえる必要があります。公衆衛生看護の倫理の探求は、公衆衛生看護学の体系的な知識や哲学を発展させます。保健師実践の道しるべであるとともに、公衆衛生看護学の発展に導くものでもあるのです。

公衆衛生看護の倫理とモデルカリキュラム

公衆衛生看護の実践において、「公衆衛生看護とは何か」「保健師は何をするのか」という認識がなければ、目の前の状況を、「これはおかしい」とか「これはいいな」という眼で見ることができません。その気づきが保健師の倫理的な行動の出発点になります。

本モデルカリキュラムでは、公衆衛生看護についての7つのトピックスで単元を構成しており、各単元では、トピックについての倫理的状況を示す事例検討をします。事例検討においては、まず、「公衆衛生看護とは何か」「保健師は何をするのか」という問いを心に持ってみたいと思います。

モデルカリキュラムの教育・学習目的と目標

教育・学習目的および目標は Gallagher⁵⁾ と Davis⁶⁾ に基づき、以下のように設定しました。

目的：公衆衛生看護の倫理、実践で直面する倫理的課題と取りまく状況、倫理的問題の分析方法とその実際を理解し、状況の持つ意味を把握し、倫理的であると共に実現可能な解決に達する力を身につけることによって倫理的能力を高める。そのことによって、実践者にとっての理想と現実のギャップを小さくすることができるようにする。さらに、専門職としての義務と責任に関する態度を身につけるとともに、自ら倫理的環境をつくることの必要性と方法を理解できる。

目標：

1. 公衆衛生看護の倫理について理解を深める
2. 公衆衛生看護実践で直面する倫理的課題を理解する
3. 倫理的能力を高める
 - 1) 倫理的感受性を高める
 - 2) 倫理的課題を認識できる
 - 3) 倫理的に判断できる
 - 4) 倫理的に行動できる
4. 状況の持つ意味を把握し、倫理的であると共に実現可能な解決に達する力を身につける
5. 専門職としての義務と責任を認識できる
6. 職場の倫理的環境をつくることの必要性を理解できる

モデルカリキュラムの概要

本モデルカリキュラムは公衆衛生看護のトピックに関する7つの単元で構成されています。本カリキュラムで取り上げたトピックは、全国の保健師教育機関に実施した調査結果と文献、資料等を参考に、公衆衛生看護の倫理の特徴を示すことができるように研究者間で検討したものです。

<単元の構成>

- 単元1. 公衆衛生看護の倫理と専門職としての保健師
- 単元2. 事務職との協働
- 単元3. 住民・関係者との協働

- 単元 4. 公平な保健福祉サービスの分配
- 単元 5. 契約に基づかない支援
- 単元 6. 法・制度と人権の狭間
- 単元 7. 保健医療福祉の地域格差

倫理的能力には振り返りが重要であること⁵⁾、また状況の持つ意味を把握し実現可能な解決に達する力を身につける必要があること⁶⁾、さらに倫理的課題を検討するための方法を理解する必要があることから、各単元には事例検討と振り返りを含め、グループワークができるようにしました。

＜各単元の構成＞

1. トピックに関する記述：トピックを取りまく歴史的、社会的背景、重要な研究結果、健康指標、主要概念、多様な説・立場など
2. 事例：トピックに関連する事例
3. 事例検討に役立つ問いの例
4. 文献：単元で使用した文献
5. もっと知りたい人のために：トピックに関連したさらに詳しい内容に関する本、文献、インターネット、参考資料等

モデルカリキュラムの活用方法

保健師教育機関の調査結果から、「生命倫理」、「看護倫理」の科目は公衆衛生看護に関する教育の前に履修が終了していること、「公衆衛生看護の倫理」が科目になっている教育機関はなく、公衆衛生看護に関する科目の一部として教育していること、公衆衛生看護の倫理に関する適当な時間数は 11.5 時間（約 6 コマ）であるとの回答があったことから、以下のよう
に本モデルカリキュラムの活用を考えました。

1. 生命倫理、看護倫理の授業は終了している前提で、その後の公衆衛生看護学の授業の中で活用する
2. 1 科目 1 単位（15 時間 7～8 コマ）としての活用も可能であるが、単元のテーマに順序性はないので、教授したい単元を 1 コマ分取り出して、公衆衛生看護原論、総論、概論、活動論等の授業の一部として活用できるようにした
3. 現行教育では、必要な単元を取り出し、1 日あるいは半日の研修に合わせて活用できる

各単元の教育方法（教育プログラム）：1 コマ（90 分）での展開例

1. 最初にモデルカリキュラムを使うときは、この章すべて、あるいは「倫理、公衆衛生看護の倫理について」「公衆衛生看護の倫理とモデルカリキュラム」「事例検討の方法」を渡し、読んでくるように伝える
2. 事前に単元の「トピックの記述」「文献」「もっと知りたい人のために」を資料として渡し、授業までに読んでくること、質問したいことを考えておくことを伝える
3. 授業の進め方
 - 1) 事前学習での疑問の共有（グループワーク）：10 分
 - 2) 事前学習での疑問について（Q&A）：10 分
 - 3) 事例検討の進め方の説明：5 分
 - 4) 事例検討（グループワーク）：45 分
 - 5) 事例検討の発表：10 分
 - 6) 振り返り：10 分
 - ・何を感じ考えたか？
 - ・自身にとってどんな学びとなったか？

事例検討の方法

本モデルカリキュラムの事例検討では、Fryら⁷⁾による倫理的問題を4つのステップで考えていく手順を、自由な発想からナースの倫理的な気づきと探究を高められるように、小西⁸⁾が修正したモデルを用います。この4ステップモデルを用いた事例検討を行う際の目的、ルールおよび方法は以下のとおりです。

1. 事例検討の目的・目標

目的：倫理的課題を検討するための方法を理解する。その実際をとおして、状況の持つ意味を把握し、倫理的であると共に実現可能な解決に達する力を身につける。また、行動をとる際に、その根拠を説明できるアカウンタビリティを身につける。さらに、グループワークを通して、価値観の多様性と他者理解を深め、共同して合意に至るプロセスと方法を学ぶ

目標：

- 1) 倫理的意思決定のための事例検討の方法（ステップ、グループワーク）を学ぶ
- 2) 系統的に吟味することの大切さを理解する
- 3) 事例の中で関わる人々が大切にしているもの（価値観）に配慮することの大切さを学ぶ
- 4) 多様な考えがあることを学び、他者理解を深める
- 5) 公衆衛生看護やその実践について理解を深め、専門職（保健師）としての義務と責任について理解する
- 6) 行動をとるための選択肢を見つけて、それをとることの説明ができるアカウンタビリティの必要性とそのための方法を身につけることができる。
- 7) 関係職種や住民と、ケアや事業について話し合う際の方法や合意を得る方法を理解し、実践に役立てることができる

2. 事例検討のために大切なこと

- 1) 参加者としての責任を持つ。検討に参加し、自分の考えを述べる
- 2) 倫理に正解はない。オープンに話し合う
- 3) 楽しむ気持ちで進める
- 4) 早急に結論を出そうとしない
- 5) グループメンバーの意見を尊重する
- 6) 否定したり非難したり、咎めたり、説教したり、威圧したりしない
- 7) 事例の中で、何が起きているのか話し合う
- 8) 社会や組織としての問題と具体的な現象とを結びつけて考えてみる
- 9) 多様な見方が大切
- 10) 論理的に考える、想像力を高める、しっかりした情報をつかむ、予測される結果を十分アセスメントする
- 11) なぜ価値観が異なるのか明らかにし、間違った事実や推論を修正しながら、事例にみられる隠された問題や解決のため糸口を見出して、グループとしての合意に至る

3. 事例検討の進め方

1) ステップの進め方

まず、司会者（ファシリテーター）と記録係を決めましょう。司会（ファシリテーター）はグループメンバーの意見を引き出します。記録係は出た意見を記録します。4つのステップのうち、「ステップ1」がもっとも大切です。十分時間をかけるようにしましょう。また、4つのステップはステップ1から4まで順次進むものではありません。不明な点があったとき、確認したいことがあったときには、ステップ1や2など前のステップに戻って話し合うなど、ステップを行き来しながら進めていきましょう。

ステップ1：問題の明確化

- ・状況を整理してみましょう
- ・この状況を整理してみましょう

①事例を読む

自分で読んで自分と対話する：倫理原則や倫理綱領などを忘れて、素直な気持ちで自分と対話し、気になった箇所に下線を引き、次のようなことをメモする

- ✓ 感じたことを挙げてみましょう
- ✓ 疑問点（なぜ？ここがわからない）を挙げてみましょう。
- ✓ どうしてそう思ったのかについても考えてみましょう
- ✓ 何が問題なのかについても考えてみましょう

②グループワーク

各人の意見を率直に出し合い、話し合ってみましょう

- ✓ 全体の状況はどのようなですか、どんな人がかかわっていますか
- ✓ 保健師の気がかりや困っていることは何ですか
- ✓ なぜ事例のような状況になったのでしょうか
- ✓ 何が問題でしょうか
- ✓ さらに確認が必要なことを挙げ、どんな情報収集が必要か考えてみましょう

ステップ2：問題の分析と整理

- ・関係している人々が大切にしている思い（価値）は何ですか
- ・それらの価値がどのように関係し合い、どこに対立がみられますか（価値の関係性）
- ・問題の根源はどこにあるのでしょうか
- ・関係する法や制度があれば挙げてください
- ・さらに確認が必要なことを挙げてみましょう

ステップ3：判断

- ・ステップ1、2の結果に基づいて考えたとき、保健師としてどのような行動の選択肢が考えられますか
- ・その行動を行った場合、どのような結果が予測されますか、利点と欠点を挙げてみましょう
- ・あらゆる可能性を考えてみましょう

ステップ4：行動の決定と実施方法

- ・保健師として取るべき行動をステップ3の選択肢の中から決定しましょう
- ・その行動を選んだ理由を考えてみましょう
- ・具体的にどのように進めていけばよいか考えてみましょう
- ・この事例検討をどのように実習や実践に活用できるか考えてみましょう

2) 「事例検討に役立つ問いの例」の使い方

各単元の事例のあとに、事例検討のポイントが記載されています。これは事例検討するとき役立つ問いの一例です。頭に入れて事例検討を試みてください。

3) 事例検討の結果の一例

事例検討の結果の一例を単元1の「事例」、「事例検討に役立つ問い」の後に記載しました。倫理に正解はありません。皆で話し合うプロセスが大切であり、結論は一つではありません。これはあくまでも事例検討の結果の一例ですので注意してください。

<付録>

- ・倫理的意思決定の4ステップの手順
- ・4ステップ事例検討シート

文献

- 1) Oberle, K., Tenove, S.: Ethical Issues in Public health nursing : Nursing Ethics, 7(5), 245- 248, 2000.
- 2) CNA: Ethics in Practice Public Health Nursing Practice and Ethical Challenges, CNA, 1-12, 2006.
- 3) 小西恵美子：倫理は形ではない 枠組みに囚われない倫理的思考のすすめ,看護展望, 38(6), 4-13, 2013.
- 4) 小西恵美子編：看護倫理:よい看護、よい看護師への道しるべ, 改訂第2版, p.10, 南江堂, 2014.
- 5)Gallagher, A.: 看護倫理の教育：倫理的能力の促進, In A. J. Davis, V. Tschudin, & L. Raeve (Eds.), Essentials of teaching and learning in nursing ethics perspectives and methods, 小西恵美子監訳, 看護倫理を教える・学ぶ 倫理教育の視点と方法, pp. 223-239, 東京：日本看護協会出版会, 2006.
- 6)Davis, A., Tschudin, V., & de Raeve, L: 看護倫理教育の将来, In A. J. Davis, V. Tschudin, & L. Raeve (Eds.), Essentials of teaching and learning in nursing ethics perspectives and methods, 小西恵美子監訳, 看護倫理を教える・学ぶ 倫理教育の視点と方法, pp. 223-239, 東京：日本看護協会出版会, 2006.
- 7)Fry, ST and Johnston, MJ: Ethics in Nursing Practice A Guide to Ethical Decision Making (3rd ed.). Blackwell publishing, 片田範子・山本あい子, 看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド 第3版, pp75-84, 日本看護協会出版会, 2010.
- 8) 小西恵美子編：看護倫理:よい看護、よい看護師への道しるべ, 改訂第2版, pp.125-136, 南江堂, 2014.

(麻原きよみ、小西恵美子)

単元 1 公衆衛生看護の倫理と専門職としての保健師

I. 公衆衛生看護実践を取りまく社会的状況

保健師は、社会の変革に合わせながら、国民の健康を守るために活動をしてきた歴史がある。保健医療福祉に関する法や制度は急速に変化し、法や制度を具体化する保健師への期待は大きく、業務量が増大している。さらに、虐待や新興感染症など解決が困難な課題が増加しており、相次ぐ大震災により、災害に対する体制整備、支援活動も大きな課題である。一方で、行政組織に所属する保健師は、健康づくりに関する部署だけでなく、福祉や介護部署、包括支援センターなどに配属されるようになった。また、健康づくり部署も精神保健、感染症対策など、法・制度に基づき細分化され、保健師単独で配置されることも増えている。このような状況において、専門職としての現任教育が難しくなり、実践の保健師からは地域全体をアセスメントし、活動を計画・実践することができない保健師が増えたとの声がある。産業保健領域の保健師が対応する主要な健康課題は、メンタルヘルスと生活習慣病である。とりわけメンタルヘルスに関しては、労働者の自殺者が 40%を占めることから、職場復帰も含め、産業保健領域の保健師への期待が大きい。労働者の健康は、リストラ、過重労働など社会の経済状況によって大きく影響を受ける。また、企業や事業所の財政状況は健康関連部門の予算に直結する。産業保健領域では、従業員 50 人未満の事業所が全体の 95%を占めるが、健康管理体制が充実していないことが課題である。

公衆衛生看護は公衆衛生に責任を持つ組織の一機能として行われるため、保健師の活動は組織のルールや政治に影響を受ける。また、多職種と協働で行うことから、保健師の日常実践における倫理的課題が生じることも多い。

II. 公衆衛生看護とは

1. 公衆衛生とは

健康は基本的人権であり、健康を守るのは社会としての国の責任である。健康は個々人だけでは維持・増進できるものではなく、社会（国）として保健医療福祉制度や環境を整える必要がある。このように、基本的人権としての健康を守るための社会としての組織的取組が公衆衛生である¹⁾。米国医学研究所（IOM, Institute of Medicine）²⁾³⁾は、「公衆衛生とは、すべての人々の健康の保持・増進を目的とし、人々が健康である条件を保証するために社会として組織的に行うものである」としている。わが国においては、憲法第 25 条において「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」とし、公衆衛生に関する国の責任が明記されている。一方、ウインスローは、「公衆衛生とは、社会の組織的な努力を通じて疾病を予防し、寿命を延伸し、肉体的・精神的健康の能率の増進を図る科学（学問）であり技術である」と定義している。

公衆衛生は疾病と傷害の予防に焦点を当てるとする考え方もあり、一方で、健康に関する社会文化、経済的な側面にまで広く焦点を当てるとする考え方がある。

2. 公衆衛生看護とは

公衆衛生看護とは、公衆衛生学および看護学を基盤とした知識、技術を用いて、社会で生活する人々（集団）の健康の保持・増進と安寧という目的を達成するために行われ看護である¹⁾。

公衆衛生看護は人々（人口集団、population）の健康のために社会に働きかける看護であり、公衆衛生学を基盤として、社会で生活する人々（集団）の健康増進を図る一方で、看護学を基盤に個別支援を行うこと、すなわち個別ケアをしながら社会の健康づくりを行うという看護の特徴がある。公衆衛生看護は、実際には自治体、事業所、学校など公衆衛生に責任を持つ組織の一機能として行われる。

日本公衆衛生看護学会では、公衆衛生看護を以下のように定義している⁴⁾。

公衆衛生看護の対象は、あらゆるライフステージにある、すべての健康レベルの個人と家族、及びその人々が生活し活動する集団、組織、地域などのコミュニティである。

公衆衛生看護の目的は、自らの健康や QOL を維持・改善する能力の向上及び対象を取り巻く環境の改善を支援することにより、健康の保持増進、健康障害の予防と回復を促進し、もって人々の生命の延伸、社会の安寧に寄与することである。

公衆衛生看護は、これらの目的を達成するために、社会的公正を活動の規範におき、系統的な情報収集と分析により明確化若しくは予測した、個人や家族の健康課題とコミュニティの健康課題を連動させながら、対象の生活に視点をおいた支援を行う。さらに、対象とするコミュニティや関係機関と協働し、社会資源の創造と組織化を行うことにより対象の健康を支えるシステムを創生する。

3. 保健師とは

わが国において、公衆衛生看護を実践する主な看護職は、国家資格である「保健師」である。保健師助産師看護師法（保助看法）において保健師は、「厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とするものをいう（第2条）」とある。日本看護協会保健師職能委員会は、保健師の行う保健指導を「保健師活動の総体である」と定義している。日本公衆衛生看護学会では、「保健師とは、国家資格である保健師の名称を用いて公衆衛生看護の目的を達成しようとする者をいう」と定義している⁴⁾。

保健師の就業場所は、7割以上が保健所や市町村の自治体が占め、次いで約8%が事業所である¹⁾。就業場所でもっとも多い自治体に所属する保健師は、「住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担う（地方自治法第1条の2）」自治体の職員であり、「全体の奉仕者として公共の利益のために勤務し、且つ、職務の遂行にあたっては全力を挙げてこれに専念しなければならない（地方公務員法第30条）」公的な責任を負っている¹⁾。

III. 公衆衛生看護の倫理

1. 公衆衛生看護の倫理について

看護倫理は、倫理学という大きな学問から派生した学問で、「看護とは何か」と「看護師は何をするのか」の両方をふまえた上で⁵⁾、「よい看護職者であるために、我々はどのような人であるべきか、また、どう考え、どう行動するべきか」を探求する。公衆衛生看護の倫理は、「よい保健師であるために、我々はどのような人であるべきか、また、どう考え、どう行動するべきか」を探求する実践であり、学問である。その探求では、「公衆衛生看護とは何か」と「保健師は何をするのか」の両方をふまえる必要がある。公衆衛生看護の倫理の探求は、公衆衛生看護学の体系的な知識や哲学を発展させるものであり、保健師実践の道しるべであるとともに、公衆衛生看護学の発展に導くものでもある。

2. 専門職としての保健師

専門職の規準は、①専門的な教育を受けていること、②特定の技術・能力、規範に関わる学問的基盤を持っていること、③特定のサービスを提供すること、④自律性を持って意思決定し実践すること、⑤専門職組織を持っていること、⑥倫理綱領を示していることのすべてを満たす職業とされる⁶⁾。保健師はこれらをすべて満たす専門職である。専門職は社会に貢献するという社会的役割がある。

3. 公衆衛生看護実践の基準となるもの

個別ケアをしながら集団全体に働きかける公衆衛生看護実践には、個別ケアにおいて行動

基準となる看護師としての倫理と、集団を対象とするときに基盤となる倫理がある⁷⁾。

1) 看護師の倫理綱領

専門職の条件である専門職組織とは、保健師の場合日本看護協会であり、国際的には国際看護師協会があり、それぞれに倫理綱領がある(参考資料①、②)。倫理綱領とは、その組織のメンバーの倫理的な行動指針であり、その職業の行動範囲を社会に対して示す社会声明でもある。対象となる人々の尊厳と尊重、差別をしないこと、秘密保持、害を与えないこと、信頼関係を築くこと、多職種との協働、自己研さん、社会づくりへの貢献などが示されている。国際看護師協会では、「看護師の専門職としての第一義的な責任は、看護を必要とする人々に対して存在する」とし、看護職は看護を必要とする人々にもっとも重要な責任を負っていることを明らかにしている。

2) 公衆衛生の倫理

米国 Public Health Leadership Society は公衆衛生の倫理綱領を示している(参考資料③)。

公衆衛生においてもっとも重要な概念は「社会的公正 (social justice)」である。社会的公正とは、倫理原則(下記参照)の公正を社会に応用したものである。すべての人々の安寧を目的とし、人々の人権をまもるために社会に共通して必要なこと(治安や教育、医療など)を公平に分配することである。社会的公正が機能しないと、貧困の増大、健康課題の増加、経済格差や健康格差といった形で現れる。健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health) に直接に関わるのが公衆衛生である。

<倫理原則>

自律の尊重：人が自己決定し、選択できることを尊重すること。
人を自律した個人として尊重すること。

無害：害を行わないこと。

善行：良いことを行うこと。その人の利益となるように意図した行い。

公正：公平に行うこと。平等な人々を公平に扱うこと。

正直：真実を告げること。うそをつかないこと。

忠誠：誠実であること。約束を守ること。

3) 法と制度

人々の生活に共通して必要なもの、治安、教育、公衆衛生・医療、環境改善などは、社会によって法や制度を通して実現され、保証される。法や制度がルールであり、それを実現するためのしくみが行政(国の機関や自治体)、手段が政治である⁷⁾。わが国においては、何が人々の幸せで、どのように権利と義務を分配するか定義し、国の統治の目的と方法を示したすべての法や制度の基盤となる最高法規が日本国憲法である。保健師は、法や制度を具体化する活動をしており、とりわけ自治体に所属する保健師は、公共政策を立案・実施する行政に所属している。憲法は保健師にとってもっとも重要な倫理的な規範の一つである。また、これらの法や制度には、基盤となる考え方がある。法や制度を人々の生活に適用するに当たり、保健師もそのような考え方に関心を向け、理解を深めることが大切である。

4. 公衆衛生看護実践における倫理

1) 人々の人権をまもる：保健師のもっとも重要な使命と責任は、対象である「人々の人権をまもる」ことにある。これは人を人として尊重すること、人の尊厳を尊重するということである。

2) アドボカシー：対象となる人々の権利を守ること、人々が自身の価値観や生活スタイルに沿って自分のニーズや関心について選択できるよう、あるいは話せるよう支援すること、人々の基本的人権を考え、人々の人間としての尊厳、プライバシー、選択を支持し守ることの意味がある⁸⁾。アドボカシーは、その人らしく尊厳を持って生きられるよう

に、その人の思いに沿って積極的に支援することである。そのためには、その人が真に望んでいることを見出し、それに近づくよう専心する姿勢や支援が大切である。

保健師は、国の施策を保健師が所属する自治体で事業として実施することが多く、この場合、実施する方法に焦点が当てられがちである。事業が住民のニーズに沿ったものであるか、日常の活動から住民の生活とニーズを把握し、住民に適した方法で実施しなければならない。

- 3) 対象となる人々や他職種と協働する：対象となる人々の健康と安寧のために、よりよい支援を提供できるよう、対象となる人々や他職種など関係者と、互いに調整しながら協働で取り組むことである。

保健師は意識して支援目的を関係者と共有して、それぞれの専門性を尊重し、互いに役割を明確にして協働することが不可欠である。協働（パートナーシップ）とは、互いの専門性（住民であっても当事者としての生活に関する知識と技術がある）を認め合い、互いの意見を尊重し、信頼し合い、それぞれの力を生かせるような関係性⁹⁾である。それには特定の誰かが一方的に決定権をもつといった権力構造がない。保健師は、主治医、ケアマネージャー、民生委員など所属する組織の異なる専門職や行政事務職など多様な関係者と活動することが多いため、協働がとても重要である。

- 4) 健康に関する社会的弱者を見出す：健康課題（健康ニーズ）があるが、保健医療福祉サービスを利用することができない、あるいは利用しない人々やそれをもたらす健康の社会的決定要因を見出すことは保健師にとってもっとも重要な活動の一つである。

- 5) 最大の効果が得られるように公正に実施する：集団を対象として、事業や政策立案という形で支援を行う保健師は、効果が得られる事業を必要とされる人々に公正に提供する必要がある。事業（サービス）は必要とされる人に届いているか、利用しやすいか、効果が得られるものか、優先されるべき事業だったのか、吟味されなければならない。チルドレス¹⁰⁾は、事業を実施する際には、①その事業は効果があるか、②その事業は必要なものか、③得ようとする利益（たとえば、予防接種による感染症の予防）は負担や害（たとえば、予防接種の副作用の出現率）を越えたものか、④法や人権を侵していないか、⑤集団の人々や所属組織で認められたものか、を考慮すべきとしている。

- 6) アカウンタビリティ（accountability）を果たす：アカウンタビリティとは、結果に至るまでのプロセスに責任を負うということであり¹¹⁾、その専門職としての責任をどのように果たしたかを示すことである¹²⁾。専門職である保健師は、行った活動に対して、なぜそれを行ったのかきちんと説明できなければならない。実施した事業の判断基準、内容および方法、実施すると判断した根拠を明らかにする。行政にとって、公的な説明責任はとりわけ重要である。また、事業実施の過程を住民とできる限り協働することが事業遂行の透明化となり、住民に対する説明責任を果たすことにもなる。

- 7) 秘密を守り個人情報保護する：守秘義務とは、職務上知りえた秘密を正当な理由なく外に漏らしてはいけないという法的および倫理的責務のことである¹³⁾。保助看法（第42条の2）、国家公務員法（第100条第1項）、地方公務員法（第34条第1項）によって守秘義務が法律で定められており、看護者の倫理綱領にも示されている。対象者の支援に関わりない人に、業務上知りえた情報を漏らしてはいけないし、個人情報の管理・取り扱いについては細心の注意を払わなければならない。

- 8) 専門職として研鑽する：保健師は専門職であり、社会に対して責任がある。対象となる人々に対しては、専門的な知識・技術を用いて最善の支援をしなければならない。自らの専門的な知識・技術を高めることはサービスの質を向上することでもある。

事例

<事例1>

鈴木さんはN県京橋市の保健師になって今年で7年目です。鈴木さんはずっと健康づくり課で明石地区を担当していました。今年4月、初めて介護課に異動になりました。介護課では、介護認定調査に関する起案・予算の確保、介護認定調査会の開催に関わる業務、調査員の調整、居宅介護支援事業所との連絡・調整が主な業務であり、自らも介護認定調査を行っています。介護課にきてからは事務業務も多くなり、以前、健康づくり課にいた時のように家庭訪問や健診、健康教室など直接住民と関わって、健康増進活動を行うこともありません。また、地区全体を把握し、住民と関わりながら地区の住民の健康増進を図る地区活動もありません。鈴木さんは、介護課では本来の保健師活動ができないと感じています。さらに、直属の上司である係長は行政事務職です。月に一回、健康づくり課や他の課に所属する市の保健師が集まって、国や県、看護協会などの研修会に出席した報告、事例検討会などを行っています。明日がその研修会なので、研修会に出席したいと意向を伝えると上司は、「保健師は研修が多いな。今週末は介護認定審査会の準備があるから、それを優先してほしい」と言います。鈴木さんは、保健師活動もできず、研修にも参加できず、上司には保健師活動をわかってもらえません。

今の職場は残業も多くななく、保育園に子どもを預けて仕事をしている鈴木さんは助かっています。職場の人間関係は悪くないので、波風を立てずに2、3年がまんすれば、また健康づくり課に異動できると考えています。

事例検討に役立つ問いの例

- ✓ 鈴木さんは介護課では本来の保健師活動ができないと感じている
⇒なぜ介護課では本来の保健師活動ができないと感じているのだろうか
⇒鈴木さんの考えている保健師活動とはどんなものだろうか。
⇒介護課では保健師活動はできないのだろうか
- ✓ 鈴木さんは事務職上司が保健師活動を理解してくれないと感じている
⇒鈴木さんはなぜ係長が保健師活動をわかってくれないと考えているのだろうか
⇒鈴木さんは係長をどのようにとらえているのだろうか
⇒鈴木さんは保健師の研修会の重要性を係長に説明したのだろうか、またしたのであればどのように説明したのだろうか
- ✓ 事務職の係長は、保健師は研修が多く、それより仕事を優先してほしいと考えている
⇒事務職の係長は保健師の研修会をどのように思っているのだろうか
⇒事務職の係長は保健師活動をどう考えているのだろうか
- ✓ 鈴木さんは、2,3年がまんすれば健康づくり課に異動できると考えている
⇒鈴木さんは誰のために仕事をしているのだろうか
⇒京橋市の職員である保健師は誰に対して責任があるだろうか

事例1の事例検討の例

【ステップ1】

鈴木さんは中堅の保健師で、入職後初めて健康づくり課から介護課に異動になった。鈴木さんは、家庭訪問や健診、健康教室や地区活動といった健康増進のために住民と直接かわることが保健師活動と考えており、介護認定調査会や関連事業所との連絡・調整、とくに起案・予算の確保などの事務業務は、本来の保健師活動ではないと考えている。しかし、保健師の仕事は住民に直接かかわって仕事することだけなのだろうか。介護課の業務、とくに事務業務は保健師の仕事ではないのだろうか。介護課では保健師活動ができないのだろうか。鈴木さんがそう思い込んでいるだけではないだろうか。保健師活動とは、保健師の専門

性とは何だろうか。一方で、保健師である鈴木さんは京橋市という自治体の職員である。行政の仕事はすべて住民のためにあるのではないか。誰が京橋市民の健康と安寧についての責任があるのだろうか。

鈴木さんは、介護課での今の仕事が面白くないと思っている。2, 3年がまんすれば健康づくり課に戻れることを待ち望んでいる。鈴木さんは、今の仕事を(給料をもらうために)仕方なしにやっているのだろうか。鈴木さんは今の仕事が好きになれず、やりがいを感じる事ができず、いきいきとした仕事できていない。このことは鈴木さんの精神的健康や家庭生活にも影響するかもしれない。また、鈴木さんが介護業務をこなしているだけであれば、京橋市民の介護体制やサービス向上に積極的に関わらないかもしれない。この場合、鈴木さんも京橋市民も双方が幸せにはなれない。

事務職の係長は、業務を滞りなく行うことに価値を置いており、業務に支障があっては困ると感じている。保健師は研修が多いと感じ、保健師活動というものがよくわからないと思っている。鈴木さんは研修に出席する必要性を説明していたのだろうか。今まで上司に保健師研修の内容や保健師業務について説明していなかったかもしれない。鈴木さんは、専門職である保健師のことを事務職の係長に話しても到底理解してもらえないと思っていたかもしれない。業務が途絶えることなく山積する中で、介護課では職員が話し合う雰囲気になかったかもしれない。このような職場環境では市民のための生産的な政策づくりや活動はできないだろう。

京橋市の保健師は行政事務職からどのように思われているのだろうか。保健師の管理者は行政組織に保健師活動をどのように伝えていたのだろうか。鈴木さんが保健師の管理者に相談することはできなかったのだろうか。

【ステップ2】

<鈴木さん>

- ✓ 保健師である自分にとって保健師の研修に出ることは大切である
- ✓ 健康増進のために住民と直接かかわるのが保健師活動と考えており、現在の介護課の業務は本来の保健師の仕事ではないと思っている
- ✓ 事務職と専門職である自分は違うと思っている
- ✓ いずれは自分の考える保健師活動ができる健康づくり課に戻りたいと願っている
- ✓ 今の仕事を好きになれず、次の異動まで2,3年我慢して大きな問題を起こさずそつなくこなせばいいと考えている
- ✓ 行政事務職である上司には専門職である保健師活動は理解してもらえないと思っている
- ✓ 上司の意見に逆らうことは嫌であるし、できないと思っている

<事務職である係長>

- ✓ 忙しい時期に研修に行くなんて考えられない
- ✓ 業務をきちんと遂行することに価値を置いている。研修に出るのはまず自分の業務を終わらせてからだと思う
- ✓ 保健師も市役所の職員であり、行政の一員である
- ✓ 保健師と保健師業務がよくわからない。なぜこんなに研修が多いのかわからない。専門職をふりかざす保健師は正直苦手である
- ✓ 上司の指示には従ってほしい

<どこに対立がみられるか>

- ✓ 保健師業務は直接住民に関わる保健活動であり、専門職である保健師には研修が必要であるとする鈴木さんの価値と、行政職は業務を滞りなく遂行することがもっとも重要であるとする事務職係長の価値

- ✓ 保健師は住民に直接関わって活動することが本来の業務であり、介護課の業務は保健師業務でないので目の前の業務をこなせばよいとする鈴木さんの価値と業務の遂行が重要とする事務職係長の価値、より健康で幸せな生活のために行政からよりよい介護サービスを得たいという住民の価値

行政組織に所属する保健師は、自身を住民の健康・安寧を目的とし、専門知識・技術を用いて活動する専門職としてとらえており、人材育成は専門職である自分たちが行うべきと考え、職場内だけでなく職場外研修を重視している。一方、行政職は行政組織人として、組織の目的に基づく業務を行政組織上の手続きに基づいて、忠実に遂行することに価値を置き、人材育成は主に異動と実際の実務を通して行われるものと考えている。このように保健師と行政事務職との価値観には違いがみられ、さらに、互いに「理解してもらえない」「理解できない」と感じている。

保健師は公衆衛生および看護学を基盤とした知識、技術を用いて、社会で生活する人々の健康の保持・増進と安寧という目的を達成するために行われる看護である。その公衆衛生看護を実践するのが国家資格である保健師である。家庭訪問や健診、健康教育や地区活動といった健康増進のための住民と直接かかわる特定の活動を実施すること自体が保健師活動ではなく、「人々（住民）の健康の保持・増進と安寧のため」に実践するというその目的が重要であり、保健師の活動はむしろ、人々の状況に応じてよりよい実践をつくり出す創造的なものである。看護師の専門職としての第一義的な責任は、看護を必要とする人々に対して存在する（ICN 看護師の倫理綱領）。対象となる人々の人権をまもり、人々の思いに沿った支援を行うことである。さらに、保健師は行政組織の一員である。行政組織である自治体は、「住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担う（地方自治法第1条の2）」、つまり行政は地域社会に共通の公共政策を立案・実施する活動によって住民の福祉の増進のための地域づくりを行うのである。住民自治の考え方からすれば、住民は行政機関に自分たちの健康で幸福な生活の実現のための地域づくりを付託している。行政職員が住民のための行政活動に積極的でないことは、住民の健康で幸せなよりよい生活を実現したいという価値と対立する。

【ステップ3】

対応策1 現状のままのやり方で仕事を続ける

- ✓ メリット
 - ⇒今のまま仕事さえこなしていれば、子育てしやすい環境ではある
 - ⇒事務職上司と保健師業務について話し合うという面倒で、いやな思いをするようなことをしなくてもよい
- ✓ デメリット
 - ⇒仕事が好きくない。
 - ⇒事務職上司に保健師業務を理解してくれないこと、研修に出してくれないことに対する不満が継続する
 - ⇒鈴木さんを含め京橋市の介護課が現在の制度やサービスを改善したり、市民のためのよりよい対策をつくり出す姿勢がなければ、京橋市民はよりよい介護サービスをうけることができない

対応策2 保健師活動や研修の必要性について事務職上司に説明する。また、介護課業務について、課内職員間で業務の目的を共有し、市民のための効果的・効率的な制度・サービスのための意見交換の機会を設ける。一方で、「保健師とは」「保健師活動とは何か」などについて、鈴木さん自身が学ぶとともに京橋市の保健師間で確認・共有する機会を持つ。

✓ メリット

- ⇒事務職係長の上司から、保健師や保健師活動、保健師の研修に関する理解が得られれば、今後の研修参加に理解が得られ易くなる
- ⇒保健師実践は家庭訪問や地区活動などを実施することではなく、介護課でも実施できることがわかれば、介護課での仕事に自信を持ち楽しく仕事ができる
- ⇒介護課内の関係性や意見交換が活発になり、仕事しやすい職場環境になる
- ⇒介護課が市民のためによりよい政策やサービスを考えるようになれば、市民もよりよい介護体制・サービスを受けられる

✓ デメリット

- ⇒上司に保健師とその実践について理解してもらうための準備や工夫が必要であり、伝えるには勇気が必要である。しかし上司に理解してもらえない可能性もある。
- ⇒住民サービスを改善したり、よりよいサービスを検討することは業務量を増やすことになるかもしれない
- ⇒課内で話し合いを設けても、時間を取られ、従来の仕事の仕方を良しとしていた課内の職員は否定的にとらえるかもしれないし、相互の関係性が悪くなる可能性もある。

【ステップ4】

対応策2を選択

対応策1の場合は、現状が何も変わらない。行政として、また行政に所属する専門職として京橋市の住民に対して責任が果たされないままである。

対応策2を具体的にどのように進めていったらよいだろうか。

保健師および保健師活動を理解してもらうためにも、保健師はまず保健師の研修についての話をきっかけとして、事務職係長に保健師にとってなぜ専門職の研修が必要であるか説明する。保健師は専門職として住民に最善の支援をするために、公衆衛生および公衆衛生看護などの最新の専門知識を習得しなければならない。そのためには、専門的能力の維持・開発のための継続学習が必要であり、さらに研究等を通して専門的知識の開発に取り組みねばならない（ICN 看護師のための倫理綱領、日本看護協会 看護者のための倫理綱領）。この説明の際には、保健師研修の目的・目標や内容、年間スケジュール等を提示し、介護課の業務が多忙な時期等の関係から、時期的なめやすさを伝える必要もあるだろう。また、研修での学びや成果を事務職上司にきちんと報告することも大切である。そのことが保健師業務の理解につながる。保健師の責任者から、保健師が所属する課の事務職課長や係長に保健師研修の必要性を説明・周知してもらうことが組織的な了解として重要だろう。鈴木さんは、保健師研修についてあらかじめ上司に伝え、出席したいのであれば介護課の業務にしわ寄せがないようにすべきであり、業務の緊急性によっては、もちろん介護課の仕事を優先すべきである。その仕事への姿勢が、上司の保健師としての鈴木さんの理解を促進するだろう。

いずれにしても、鈴木さん自身がとらえる保健師活動は特定の活動の手段に限定し、それを実施することに焦点を当てている。何よりも重要なのは、保健師活動は誰のための活動なのか、なぜ実施するのかその目的である。もう一度保健師活動についてその目的から考えること、そして先輩保健師や保健師の上司から、印象に残る保健師活動経験について話を聞き、意見交換するなどの機会を設けることによって、本来の保健師活動について確認し合うことができるだろう。

介護課では本当に保健師本来の仕事ができないのだろうか。行政は住民福祉の増進のための地域づくりを行うのであり、事務も含めて行政で行われていることは地域づくりであるといえるだろう。住民の福祉の増進という行政の目的と住民の健康と安寧という保健師活動の目的は同じである。しかも保健師は行政組織の一員である。高齢者や障害児・者などに家庭訪問等で個別ケアをしながら、一方で社会資源や制度をつくるなど、地域社会の健康づくりを行うのが公衆衛生看護の特徴である。例えば、鈴木さんが健康づくり課で受け持ち地区をもって活動を行っていた時、一人暮らしの高齢者の場合、認知症などがかなり悪化し

てから発見されることが多かった経験をしていたとしよう。その問題が京橋市全体の問題なのか、京橋市の介護認定結果を調べたり、ケアマネやホームヘルパー、訪問看護師など在宅介護サービスを提供する職員に調査することもできるだろう。もし京橋市に共通した問題であれば、市内の介護サービス事業所間のネットワークを強化し、相互に情報交換できる体制をつくったり、地域包括支援センターに働きかけて、一人暮らし高齢者の見守り体制をつくるための取り組みを考えることもできるだろう。京橋市の高齢者の健康と安寧のために、地域をアセスメントし、課題解決のために多職種と協働で取り組む、これが本来の行政の働きであり、いかなる問題であっても専門的知識・技術を用いて関わることができるのが専門職としての保健師である。どの課にしようと保健師の視点から保健師活動をすることは可能である。

住民福祉の増進のための地域づくりを行うために、行政組織は関係部署および関係者が協働して取り組むことが前提である。また、公衆衛生は「人々の健康のための条件を保証するために組織的に行うもの（IOM）」であり、看護職は他の職種と協働して看護を提供することが不可欠である（ICN, 日本看護協会 看護者の倫理綱領）。しかし、行政職員の、業務を行政組織上の手続きに基づいて忠実に遂行するという価値や、縦割りやセクショナリズムという行政組織構造および文化が、関係部署・関係者間の協働を難しくしている。行政事務職も含め、誰のための業務かを認識して共有し、市民のために何ができるかを検討できる職場の雰囲気、体制づくりが必要になるだろう。これは、各課や係だの努力だけでなく、組織全体での取り組みが必要になるであろう。このように、住民のために積極的な業務が促進されれば、保健師を含む職員の仕事に対する姿勢も前向きになり、そのことはよりよい住民サービスにつながり、住民の健康と安寧につながるだろう。

実習や実践において、今、自分は誰のために、そして何の目的で活動しているのか常に振り返る必要があるだろう。そして、それができる同僚や専門職間の意見交換の場や相談できる機会が確保される必要がある。

<事例2>

佐藤保健師は、月島町の保健師になって12年になります。2年前の大震災に伴う大規模な原発事故は信じられないものでした。事故当時の住民の混乱、不信や怒りが渦巻いていた当時と比べると、月島町も落ち着きを取り戻しました。県外に移住した人も戻ってくるなど、変化もみられます。一方で、とくに子どもを持つ親の中には、行政から発信される放射線に関する情報を信じられず、極端に放射線への不安を示し、子どもを外で遊ばせない、県内の農産物は食べないなどの行動をとっており、放射線への対応は二極化しています。多くの住民は、はっきりと意思表示はしませんが、放射線に対する不安が続いています。

月島町では、住民の放射線の被ばく線量は、1年間0.8mSvなのですが、住民の不安に対応するため、また国からの復興のための補助金があるため、20歳未満の未成年に対して線量計を配布しています。佐藤保健師は、月島町の住民にたびたび「なぜ、大人には線量計を配布してくれないんだ」と言われます。佐藤保健師は、月島町の町民に一律に線量計を配る必要があるのか疑問を持っていますが、町の方針もあり、今後、保健師としてどうすればよいのか考えてしまいます。

事例検討に役立つ問いの例

- ✓ 月島町では線量計を未成年に配布し成人には配布しない決定をしたため住民から不満がでている
 - ⇒成人の住民は補助金の分配が公正でないと考えている
 - ⇒月島町はなぜこの決定をしたのだろうか、何か根拠があるのか、補助金の金額によるのだろうか

- ⇒月島町は住民に対してこの決定についてその根拠を説明したのだろうか
- ⇒月島町では、成人の住民の放射線の不安に対してどのように対応しているのだろうか
- ⇒住民が被ばく線量が基準値である確認をし、不安が軽減されたら、線量計は廃棄されるのではないか、それは補助金の無駄遣いにならないか、もっとよい使い道はなかったのだろうか
- ⇒補助金の額によっては継続して住民に配布できない可能性がある。町はそこまで考えていたのだろうか
- ✓ 佐藤保健師は、町民に一律に線量計を配る必要があるのか疑問を持っているが、町の方針は線量計を配布することであり、今後保健師としてどうしたらよいか悩んでいる
 - ⇒佐藤保健師は町の方針だからとなぜあきらめてしまうのか。担当上司や町長と意見交換することはできないのだろうか。できないなら、なぜできないのだろうか
 - ⇒佐藤保健師は線量計を配布する以外に、保健師として何をしようと考えているのだろうか
 - ⇒どのようにしたら佐藤保健師の考えが、町の政策に反映できるのだろうか

学習課題

- ・保健師の専門性とは何か、なぜ保健師は専門職なのか調べてみよう
- ・他にどんな場面が考えられますか
- ・このトピックについてほかにどんな場面がありますか
- ・このトピックについて、みなさんが（実習などで）経験したことを挙げてみましょう

文 献

- 1) 麻原きよみ, 佐伯和子, 岡本玲子, 荒木田美香子編: 公衆衛生看護学原論, 医歯薬出版株式会社, pp1-6, 2014.
- 2) Institute of Medicine, Division of Health Care Services, Committee for the Study of the Future Public Health: The future of public health. p1, The national academies press, 1988.
- 3) Institute of Medicine of the national academies: The future of the public's health in the 21st century. pp.411-412, The national academies press, 2002.
- 4) 日本公衆衛生看護学会学術実践開発委員会: 日本公衆衛生看護学会による公衆衛生看護関連の用語の定義について, 日本公衆衛生看護学会誌, 3(1), 49-55, 2014.
- 5) 小西恵美子編: 看護倫理:よい看護、よい看護師への道しるべ, .改訂第2版, p.10, 南江堂, 2014.
- 6) 前掲書 5), pp67-70.
- 7) 前掲書 1), pp71-82.
- 8) Sara T. Fry and Megan-Jane Johnstone: Ethics in Nursing Practice A Guide to Ethical Decision Making (3rd ed.). Blackwell publishing, 片田範子・山本あい子, 看護実践の倫理倫理的意決定のためのガイド 第3版, pp49-51, 日本看護協会出版会, 2010.
- 9) CBPR 研究会 地域保健に活かす CBPR コミュニティ参加型の活動・実践・パートナーシップ, p5, 医歯薬出版株式会社, 2010.
- 10) Childress, JF., et al: Public health ethics: mapping the terrain. Journal of Law, Medicine & Ethics, 30, 170-078, 2002.
- 11) 前掲書 5), pp99-104.
- 12) 前掲書 8), pp52-54.
- 13) 前掲書 5), pp112-120.

もっと知りたい人のために

倫理、生命倫理について

- ・アン・デービス, 太田勝正: 看護とは何か—看護の原点と看護倫理. pp.12-132, 照林社, 1999.
- ・Tom L. Beauchamp & James F. Childress: Principles of biomedical ethics (3rd ed.). Oxford University Press, 永安幸正, 立木教夫監訳, 生命医学倫理, 成文堂, 2007.
- ・Tom L. Beauchamp & James F. Childress: Principles of biomedical ethics (6th ed.). Oxford University Press, 2009.

公衆衛生・公衆衛生看護の倫理について

- ・特集② 現場のジレンマと向き合う技法 倫理的意思決定の「4ステップモデル」を活用しよう, 保健師ジャーナル, 64(2), 2008.
- ・特集「あきらめる」「もえつきる」その前に ジレンマから学ぶ保健師の倫理的課題, 保健師ジャーナル, 68(7), 2012.
- ・小西恵美子編: 看護倫理 よい看護・よい看護師への道しるべ 改訂第2版, 南江堂, 2014.
- ・大森純子, 宮崎紀枝, 麻原きよみ他: 保健事業の展開において保健師と事務系職員の意見が異なる状況に関する質的分析, 日本地域看護学会誌, 9(2), 81-86, 2007.
- ・Asahara, K., Kobayashi, M., Ono, W., et al.: Ethical Issues in Practice: A Survey of Public Health Nurses in Japan, Public Health Nursing, 29, 266-275, 2012.
- ・Baum, NM., Gollust, SE., Goold, SD., & Jacobson, PD.: Ethical issues in public health practice in Michigan, American Journal of Public Health, 99, 369-374, 2009.
- ・Horstman, K., & Rens-Leenaarts, EV.: Beyond the boundary between science and values: Re-evaluating the moral dimension of the nurse's role in cot death prevention, Nursing Ethics, 9, 137-154, 2002.
- ・Oberle, K., & Tenove, S.: Ethical issues in public health nursing, Nursing Ethics, 7, 245-248, 2000.

健康格差・健康に関する社会的要因 (Social Determinants of Health) について

- ・近藤克則: 健康格差社会 何が心と健康を蝕むのか, 医学書院, 2006.
- ・ノーマン・ダニエルズ, ブルース・ケネディ, イチロー・カワチ: 健康格差と正義 公衆衛生に挑むロールズ哲学, 勁草書房, 2008.
- ・イチロー・カワチ, ブルース・P・ケネディ: 不平等が健康を損なう, 日本評論社, 2007.

政治哲学・公共哲学について

- ・小林正弥: サンドルの政治哲学 <正義とは何か>, 平凡社新書, 2010.
- ・Micheal Sandel, Justice: What's the Right Thing to Do? Farrar, Straus and Giroux, New York, 2009 (鬼澤忍訳、これからの「正義」の話をしよう 今を生き延びるための哲学、早川書房、2010).
- ・篠原一: 市民の政治学、討議デモクラシーとは何か、岩波新書、2004.

<功利主義>

- ・J.S.ミル: 功利主義論
- ・水田洋訳者代表: イギリスの近代政治思想、河出書房新社, 1964.

<リバタリアニズム>

- ・ロバート・ノージック: アナーキー・国家・ユートピア (嶋津格訳、木鐸社、1985 上、1989 下、1995 合本)
- ・森村進: 自由はどこまで可能か リバタリアニズム入門、講談社現代新書、2001.
- ・森村進編: リバタリアニズム読本、勁草書房、2005.

<リベラリズム>

- ・ロールズの「公正としての正義再説」(田中成明、亀本洋、平井亮輔訳、得ん・ケリー編、岩波書店、2004) .
- ・Micheal Sandel, Liberalism and Limits of Justice, Cambridge University Press, 1982, 1998 (菊池理夫訳、リベラリズムと正義の限界、勁草書房、2009).

<コミュニタリアニズム>

- ・菊池理夫：現代のコミュニタリアニズムと第三の道、風行者、2004.
- ・菊池理夫：日本を甦らせる思想 現代コミュニタリアニズム入門、講談社現代新書、2007.
- ・小林正弥、菊池理夫：コミュニタリアニズムのフロンティア、勁草書房、2012.
- ・菊池理夫：共通善の政治学 コミュニティをめぐる政治思想、勁草書房、2011.

参考資料

- ① 日本看護協会倫理綱領（2003）
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>
- ② 国際看護師協会倫理綱領（2012）
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/icnrinri.html>
- ③ 公衆衛生の倫理綱領（2002）
<http://www.apha.org/NR/rdonlyres/1CED3CEA-287E-4185-9CBD-BD405FC60856/0/ethicsbrochure.pdf>

参考資料③ 公衆衛生の倫理綱領

1. 公衆衛生は不健康な状態になることを予防するために、疾病の原因や健康のために必要となる条件に主に対応する。
2. 公衆衛生は、コミュニティの人々の権利を尊重する方法で、コミュニティの健康を増進する。
3. 公衆衛生の政策、事業と優先事項は、コミュニティの人々からの意見を得て、計画し評価する。
4. 公衆衛生は、弱い立場にあるコミュニティの人々の擁護と、エンパワーメントに力をつくし、健康に必要な基本的な資源と条件がすべての人々に確実に届くことをめざす。
5. 公衆衛生は、健康を保持増進する効果的な政策や事業を実施するために必要な情報を収集する。
6. 公衆衛生の関係機関は、政策や事業の決定に必要な情報をコミュニティに提供し、その実行についてコミュニティの同意を得る。
7. 公衆衛生の関係機関は、得られた情報に基づいて、財源と権限の範囲内でタイムリーに実行する。
8. 公衆衛生の事業や政策には、コミュニティの多様な価値観や信念、文化を考慮した多様な方法を組み込む。
9. 公衆衛生の事業や政策は、物理的社会的環境をもっとも高めるように実施する。
10. 公衆衛生の関係機関は、公表されると個人やコミュニティに害をもたらす可能性のある情報を守秘する。ただし、特定の個人あるいは他の人々に重大な害が及ぶ可能性が高い情報である場合には、例外的にこれを公表することが正当化される。
11. 公衆衛生の関係機関は職員の専門的な能力を保証する。
12. 公衆衛生の関係機関とその職員は、対象となる人々の信頼を得、機関が有効に機能するように連携・協働する。

(Public Health Leadership society, 2002 麻原訳)
<http://www.apha.org/NR/rdonlyres/1CED3CEA-287E-4185-9CBD-BD405FC60856/0/ethicsbrochure.pdf>

(麻原きよみ)

単元2 事務職との協働

I. 公衆衛生看護実践を取りまく社会的状況

1. 平成の大合併と実践現場への影響

戦後、都市への一極集中が進み、人々の暮らしぶりや生活への意識が多様化し、地域を基盤とした支え合いの機能を持っていた家族やコミュニティが大きく変化した。この変化は、公共サービスを提供する市町村への影響を増大させる結果となった。コミュニティの変化による自治体への負担を解決すべく、10年計画で1000自治体へ減少することを目標に「平成の大合併」が始まった¹⁾。

総務省によると平成11年4月3229自治体は、「平成の大合併」を経て平成25年1月1719自治体となった²⁾。市町村合併により、財政支出の削減や職員の能力向上という効果があげられる一方で、行政と住民相互の連帯の弱まったという評価もある¹⁾。公衆衛生看護実践の現場でも、地域住民との距離を取り戻すために組織体制の再編成や、合併後の住民へ保健事業を平等に提供するために検討を重ねていった。保健行政に携わる実践者も相互の価値観のすり合わせが重要となった。しかし、サービスの質の低下が生じたという声も少なくない。

2. 国際化・情報化と人々の暮らしの変化

日本の国際化が進み、海外における経済状況の変化は日本の経済状況へも影響を及ぼすようになった³⁾。日本の経済状況は、そのまま生活者である人々の仕事や日常の暮らしに直結している。高度な情報化社会は、人々の生活をかなり便利にし、身の回りにICT (Information and Communication Technology 情報通信技術) がない生活はほとんどないと言えよう。しかし、ネット犯罪や個人のプライバシーの侵害、業務内容の変化による健康への影響など問題も多く発生している。国際化・情報化による経済的变化や生活スタイルの変化は、時にストレスとなり人々の心の健康に影響を与える。このような環境で実践を展開する公衆衛生看護実践者は、激変し続ける人々の生活環境に合わせた活動が必要となっている。

3. 保健師の分散配置

上記のような社会的な変化に伴って、公衆衛生看護実践現場における保健師の役割や所属にも変化が生じている。行政職員の健康管理が課題となり、総務課等に異動になる、介護保険・保健計画策定等により、高齢者福祉課や企画課への異動と、保健師の分散配置が一般的になってきている⁴⁾。小規模の自治体は、上司が事務職であることも多いが、分散配置により所属する担当部課に他に保健師がおらず、仕事の同僚は事務職であることが増えてきている。一方で、保健師が管理職になる機会も少しずつ増え、これらの現状に対応するための人材育成やその仕組みづくりが動きはじめている。どこに配置されても公衆衛生の視点で活動を展開できることで、事務職からも認められ働きやすくなると努力している実践者も少なくない。しかし、事務職の考え方を理解することや保健師の考え方を理解してもらうことについては、葛藤も多いと考えられる。

II. 所属組織の構造と文化

1. 行政組織の構造と文化の特性

組織構造には、ハードな構造(組織の規模や所属部課数など)、セミハードな構造(前例、慣行など)、ソフトな構造があると言われており、暗黙のルールや価値観や役割期待、対人関係は、ソフトな構造とされている⁵⁾。全ての組織構造が公衆衛生看護活動に相互に影響を及ぼすが、事務職と保健師の間で生じる意見の食い違いなどは、ソフトな組織構造に関する内容と考える。法や制度のもとに行政を行う自治体は、度重なる政権交代や新たな政策提起と縦割りの意思決定との関係から、既存事業が簡単に却下されたり新規事業の立案を求め

られたりする⁶⁾。つまり、法や制度の変更、政策方針の変更が行政の実践活動に影響をあたえる。このような時に、保健師を含めた行政職は組織の価値観や組織文化を認識しやすくなり、様々な倫理的葛藤が生じると思われる。

2. 事務職と保健師の関係

行政組織において事務職と保健師の関係は、自治体によってさまざまである。同僚として同じ立場にある場合は、同じ業務を担う共同体であり事務職と専門職という役割分担である。しかし、その役割に専門的視点、年功序列、異動時期等により少なからず上下関係が生じる。さらに、行政機関や一般企業において保健師という専門職は全体の職員の中では少数派であるため、上司が事務職であることも多い。この場合は、上司部下という関係的資源が加わることになる。異動により、はじめて保健師等の専門職が担当業務する部署に配属になった事務職からみると、担当業務だけでなく職種に対しても違和感があることを理解しておきたい。

Ⅲ. パートナーシップ

保健師が活動する場は、地域であり人々が生活を営んでいる場であることに注目したい。人々の健康生活を支援するためには、保健活動のみでは不十分であり様々な分野で働く人々との連携が必須となる。他職種と一緒に何かを実施するとき、協働 (collaboration) という言葉がよく用いられる。ここで重要なのは、パートナー関係で仕事を一緒に遂行することである。パートナーシップ (partnership) とは、「異なる立場や機関の人たちでつくられた組織の活動を通して形成される、信頼し合いそれぞれの力を活かして育ちあう関係性」と定義されている⁷⁾。また、互いの専門性を認めあい尊重する姿勢に基づいた関係性がパートナーシップであると強調される。事務職と保健師、他の専門職と保健師、対象者と保健師の間においてパートナーシップが築かれることが、協働できる条件といえよう。

公衆衛生看護実践において、他職種とパートナーシップを育むためにはどうしたよいか。他職種と保健師が、このままではいけない、何とかしたいというニーズを感じ合い、同じ目標を共有することから関係性は始まる。対等な関係で課題解決の方法を検討すると、お互いの役割が理解できるようになる。そして、解決策の企画・実施・修正・評価の全プロセスの共有は、同時にそこで生じた感情も共有することになる。企画への合意が困難な状況に遭遇した場合は、皆で知恵を出し合い、何とか困難な状況を打破しようと努力しあい励まし合うことで、より関係性は深まることになる。企画が成功すれば、次はこうしようという継続した関係を築いていくことになる⁸⁾。

Ⅳ. 事務職と保健師の間に生じる倫理的課題

地域で保健事業を展開する際に、事務職と保健師の間に生じる倫理的課題の場面は、保健事業の立案段階が半数以上を占めてもっとも多く、続いて実施段階である⁹⁾。所属組織の行政手順に沿って様々な決定を行うことを優先する事務職に対し、保健師は住民のニーズや利益を優先したいことから状況に合わせて臨機応変に対応を工夫したい傾向があることから、双方の考え方の相違が生じている⁹⁾。つまり、すれ違いの原因は価値観の相違であり、価値観の共有が解決への糸口であることが分かる。たとえば、上司の指示を重んじ、会議や文書による位置決定プロセスを踏むよう心がけたり、事務職と住民ニーズについて話し合いを試みるなど、課題解決のために歩み寄る提案をすると価値観が共有し易いと考えられる。

双方の意見が異なった時、いかに解決するか、よくある行動パターンをまとめてみた。

- ・話し合いを繰り返して価値観の共有をはかった
- ・説得：根拠ある資料、国や政策の方針を根拠にした
- ・上司に相談：意見の相違があった相手より上司に相談する
- ・折り合いをつけた：一部実施、一部従う
- ・自身の意見を通した：計画通り実施、無視して実施した

・しかたなく従う：上司に従わざるを得なかった、話し合いを繰り返したが従った等
考えの相違が生じたことで、価値観の共有をはかり、その後の仕事がやりやすくなった事例もあるが、意見の折り合いがつかず決裂したという事例もある。どのような立場の事務職であるのか、協力が必須であるのか、今後協働したい相手である場合は、価値観の共有は重要と考える。

事例

かがやき市は、数年前に旧かがやき市とつるぎ町が合併しました。組織改革が行われ、旧かがやき市と旧つるぎ町の職員は異動となり、新しいかがやき市の健康づくり支援課となりました。（はくたか課長は、旧かがやき市で同様の課で実際に活動していた事務職です。あさま係長は、旧つるぎ町の保健師、スタッフは、旧かがやき市・旧つるぎ町の保健師2名ずつと旧かがやき市で新しく異動してきた事務職1名です。）

新体制となった担当課で、自殺対策に取り組むことになりました。あさま係長は、保健師のスタッフ会議を開きました。検討の結果、旧かがやき市中心地区では、働き盛りの住民を中心とした対策、市郊外の地区や旧つるぎ町の地域では、高齢者を中心とした対策が必要であることがわかりました。そこで、複数の事業計画を立てました。1つは、自殺対策の啓発活動として、働き盛りの住民とその家族を対象に、「心の健康フォーラム」を日曜日に企画し、商工会議所、協会けんぽ、中小企業を中心にPRすることです。もう1つは郊外地区と旧つるぎ町の高齢者の定例の集まりに向いて保健師のミニ健康教育「長寿をいきいきと！」企画を考えました。さらに、ゲートキーパー*育成や閉じこもり予防の見守りボランティアの育成の必要性を確認しました。スタッフで話し合った内容を、はくたか課長に報告すると、「一度にいろいろ企画する必要があるのか。予算を考えているのか？心の健康フォーラムに高齢者にも来てもらうようにすればどうか。とにかく、企画書を書いてから提案するように」と言われました。あさま係長は、あらためて企画書を書いて説明するつもりであるが、とりあえず報告したいと言うと、一応報告を受けてくれました。その後「商工会議所や企業にPRはなぜ必要なのか？人集めなら、婦人会や民生委員さんに頼むといい。日曜日開催ね。予算はどこから持ってくるつもり？見守りボランティアを新たに育成しなくても、町内会でやってもらったら」と言われ、あさま係長は、保健師の思いが伝わっていないように感じました。

*ゲートキーパー：自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応（悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ見守る）をはかることのできる人¹⁰⁾

事例検討に役立つ問いの例

- ・はくたか課長が大事にしていることはなんでしょう。前提として持っている考え方はなんでしょう？（課長は旧かがやき市出身）
- ・あさま係長が大切にしていることはなんでしょう。前提として持っている考え方はなんでしょう？（保健師のあさま係長は旧つるぎ町出身）
- ・どのように食い違っているのでしょうか？食い違いの原因はなんでしょう？
- ・双方が同じ思いや健康課題を共有するためにどうしたらよいのでしょうか？

学習課題

- ・事務職とパートナーシップを築くためには、何が大事でしょうか。
- ・行政の組織文化と、看護の組織文化の違いと共通点を考えてみましょう。
- ・社会的な変化によって生じる、保健活動の見直しをチャンスに活かす方法を考えてみましょう。
- ・事例のほかに、どのような場面が考えられますか？

文 献

- 1)総務省：「平成の合併」について, http://www.soumu.go.jp/gapei/pdf/100311_1.pdf
- 2)総務省：「市町村数の変遷と合併の特徴」, <http://www.soumu.go.jp/gapei/gapei.html>
- 3)小峰隆夫：リーマン・ショック後の日本経済と経済政策 The Housei University economic review 77(3),5-24 2010-3
- 4)曾根智史：保健師の分散配置の状況、保健ジャーナル 67 (10) 2011、844-850
- 5)古川久敬：構造こわし、誠信書房、1990
- 6)菊地 彰:行政組織における部門間関係と部門文化の対立構造、日本経営学会誌 15(2005) 15 - 28
- 7)CBPR 研究会：地域保健に活かす CBPR コミュニティ参加型の活動・実践・パートナーシップ 医歯薬出版株式会社 2010 東京
- 8)Noel J. Chrisman / (監訳) 麻原きよみ・鈴木久美(2006)：CBPR とは何か？ Community-Based Participatory Research の定義・方法・アウトカム, 看護研究 39(2), 3-10
- 9)大森純子・宮崎紀枝・麻原きよみ・百瀬由美子・長江弘子・加藤典子・梅田麻希・小林真朝 (2007)：保健事業の展開において保健師と事務系職員の意見が異なる状況に関する質的分析、日本地域看護学会誌、9 (2)、81-86
- 10) 内閣府：自殺対策, <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukagekkan/gatekeeper-about.html>

(宮崎紀枝)

単元3 住民・関係者との協働

I. 公衆衛生看護実践を取りまく社会的状況

自治体に属する保健師は、地域に暮らす人々がよりよい生活やその地域社会の安寧を創り出すことができるように、自らの健康にかかわる要因に働きかけるヘルスプロモーション活動を住民と共に推進する役割を担っている。住民と行政との関係が時代と共に変化すると同時に、公衆衛生看護における地域の人々と保健師の関係も変容してきた。

戦前は、都市的発展のなかで町内会隣組の推奨と整備が必要となった時代であった。戦後～1960年代は、戦後の復興と高度成長のなかで未熟な自治体機能に代わり、住民が町内会を組織し、底辺から地域の生活を支えた時代である。1970～1980年代は、住民の自発的な参加によるコミュニティ形成を支えるために、行政はその条件整備に努め、全国の自治体に公共施設が盛んに建設された。市民主導や住民主体という言葉が積極的に使われた時代である。1990年代以降は、地方分権改革や市町村合併に伴う広域自治体の成立を背景に、行政は住民にサービスを提供するだけではなく、不要なサービスの削減や住民自身の負担に関する合意をとる必要に迫られるようになった。自治体では、住民と行政が協働し、行政サービスのあり方を検討すると同時に、住民側にも公的サービスを担うことが求められるようになった時代である（玉野,2011,8-18）。そして現在は、行政主導の時代に生まれた市民主導や住民主体といった言葉は過去のものとなり、住民・企業・NPOなど地域の組織（関係者）が協力し合う「参加ガバナンス（協治）」（坪郷,2006,p8）が主流である。

協治の時代における行政の役割は、関係者の参加によって、多様で複雑な問題を解決するための機会を創出することである。協治は、互いに手を伸ばし合い協働している組織間のネットワークの形態であり、地域社会の問題を自ら解決することを志向する関係者間の協働のプロセスでもある。協働者は、政策の形成、合意の形成、意思の決定、決定事項の実施、実施したことの評価という運営プロセスのすべてに参加することになる。

地域社会の最小の構成員は個人であるが、個人は生活者として家族や近隣の人々との相互作用によって、コミュニティの構成要素を生み出し続けている。「多様な担い手が自由に出入りし交流し関係をつくる、多様な価値や多様な文化が協働することができる空間」（坪郷,2006. p16）をつくるのが自治体の課題になる。より多くの構成要素が参加することにより、この課題が共有され、新しい公共経営の原動力になる。多様な関係者の参加は、地域社会の発展的な変容の持続のために必要なことである。

新しい公共経営の方法論の開発も活発になっている。評価が関心事項になり、飛躍的な発想の芽を摘んでしまう可能性があるPDCAサイクルは万能ではないという問題提起もある。課題解決のためには、想像・構想・方法開発・実行と評価の過程を最適にデザインする必要があるといった議論も始まっている（西田&塚越,2011.p32-33）。保健師は、住民・関係者との協働を通じて、上位の社会システムの動向を敏感に捉え、所属する自治体の公共経営に新しい考え方を柔軟に取り入れながら、行政職としての役割（説明責任や手続き的公正など）を果たす必要がある。

II. 保健師と住民・関係者との関係

コミュニティの人々（住民）と保健師は、対等な関係である。公衆衛生看護の専門職である保健師は、都道府県や市町村という自治体の一構成員として、健康増進のために活動する。その地域の生活者として専門的な知識や技術をもっている住民も、この自治体の一構成員である。保健師と住民は、お互いの専門性を認め合い、コミュニティの共有財産としての健康な生活をまもるといった共通の目的のために、責任を分かち合い、協働する関係にある。健康な生活とは、病気や機能障害、悩みなどの有無にかかわらず、主観的にも客観的にも快適な生活を送ることができる状態から、自分自身で対処できなくても困（周囲？）が支えてくれることにより生活していくことができる状態まで、どのような段階にあっても、自分の生

き甲斐をもち、自然的、社会的環境に適応しながら、さらに自分だけでなく、周囲の人も、よりよい生活を送ることができるように、その環境に対して働きかけていくことができることである(岩永,2003,p32-33)。住民・関係者との協働関係「パートナーシップ」がなければ、この健康な生活は実現することは本質的に不可能である。

Ⅲ. 住民・関係者との関係の重要性と意味

1. 看護職として「社会と責任を分かち合う」ということ

保健師は、社会と責任を分かち合いながら、そのコミュニティの健康増進を推進する専門職である。看護師(原文では Nurse であり、保健師も含まれる)の行為基準である、ICN 看護師の倫理綱領(2005 改訂)の「看護師と人々」の項目には、「看護職は、一般社会の人々(とくに弱い立場にある人々)の健康上のニーズおよび社会的ニーズを満たすために行動を起こし、支援する責任を社会と分かち合う」、「看護師はさらに、自然環境を枯渇、汚染、劣化および破壊から保護し、維持する責任を社会と分かち合う」ことが明文化されている。また、日本看護協会の看護者の倫理綱領(2003)にも、「看護者は、人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する」という条文がある。これらの文言は、保健師が担っている、住民・関係者との協働を基盤とした活動について倫理的意義を示している。

2. 公衆衛生看護の活動理念と目的に適った活動方策「パートナーシップ」

保健師と住民・関係者との協働する関係は、公衆衛生看護に不可欠である。パートナーシップとは、異なる立場の人々・機関は、対等な関係にあるという認識に基づき、目的・情報・経験を共有し、力を活かし合い、育ち合う活動を通じて、信頼関係を強化しながら、活動を発展させていく公衆衛生看護の活動理念であると同時に、活動の特徴でもある。近年の日本の公衆衛生看護の実践報告から抽出されたパートナーシップの成果には、専門職の期待を超える個人・相互・コミュニティの成長と発展および健康指標の改善が示されている(鈴木他,2008)。したがって、保健師と住民・関係者とのパートナーシップは、活動の目的にかなった活動理念であるといえる。

3. 行政職としての責務「協働すべき対象の範囲」

私たちの生活は、個人内や家族内で完結することは不可能である。地域社会の営みの中であって、近隣の人々と相互に助け合い、地域ごとに大小さまざまなコミュニティを形成し、農耕などの共同作業などを通じて暮らしを成り立たせ、暮らしの問題を解決してきた。固有の風土のなかで長い時間をかけて形成されてきた特有の文化をもつコミュニティでは、人々の考え方や欲求、目指すべき方向なども異なるのは当然である。このように、人間の営みの基盤として形成されてきたコミュニティは、現在は地方自治の単位として、都道府県や市町村という形態で存在している。

地方自治法第 1 条の 2 には、「地方公共団体は、住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担うものとする」とある。地方自治とは、住民生活に密着に関わる地域の仕事を国家から切り離して地域共同体の手に委ね、地域住民の意思と責任に基づいて主体的に処理される地方行政のやり方といえる。また、住民は、地方自治法第 10 条第 2 項によると、「住民は、自治体の役務の提供を等しく受ける権利を有し、その負担を分任する義務を負う」とされ、自治体サービスの対象であり、同時に自治体を支え、構成する主体として位置づけられている。同第 10 条第 1 項には、「市町村の区域に住所を有する者は、その市町村及びこれを包括する都道府県の住民とする」とあり、自然人と法人いずれも、また、外国人も区域に住所を有していれば、その自治体の住民といえる。また、地方公務員法第 30 条には、「すべての職員は、全体の奉仕者として公共の利益のために勤務し、且つ、職務の遂行に当たっては、全力を挙げてこれに専念しなければならない」とあり、自治体の行政職の責務も明示されている。

したがって、コミュニティの自治は、特定の住民ではなく、すべての住民と関係者のものであるといえる。地方自治には、「住民自治」「団体自治」の2つの側面がある。「住民自治」とは地域の事務の処理（地方行政）を地域の住民の意思と責任に基づき実施することであり、「団体自治」とは国から政治的に独立した法人格を持つ団体が自己の意思と責任において地方行政にあたることである（吉田,2010,p14-15）。保健師は、健康増進の側面から住民全体を対象にする活動の中で、「住民自治」にかかわりながら、「団体自治」の役割を担う。

事例

<母子保健事業に忙殺される近郊都市の新任期（3年目）保健師>

人口7万人の東京近郊のあおば市の健康増進課には、保健師が5名います（ベテラン保健師が退職したため、現在の5名は20～30歳代である）。宮城保健師は、あおば市の保健師になって3年目、人口1万2000人のさくら地区（再開発が進む旧ニュータウン地区）と母子保健事業の担当をしています。事業担当として、すこやか親子21に則り、母子保健事業の充実や他部署や他機関との虐待予防ネットワーク協議会の設置などシステム整備に追われる毎日です。医師会の医師や保育園の保育士、児童家庭課の職員との連絡調整などは熱心に行っていますが、さくら地区での活動については、増える一方の多問題を抱える家庭の訪問・相談や乳幼児健診の事後フォローといった個別支援だけでした。

あおば市では、10年ほど前から駅周辺の旧ニュータウン地区を中心に高層住宅の建設ラッシュが続いています。30歳代の人口の急激な増加に伴い、母子保健のニーズが増大しています。既存の教室や健診などの事業の回数を増やして対応してきましたが、そのたびに個別フォローの件数も増え、その対応に手いっぱいの状況が続いています。関係部署・機関の専門職間で新規事業を企画し、親子あそび教室やアレルギーの講演会などを開催してきましたが、母子保健事業に人手がとられ、活動全体の対象も母子に偏りがちです。

宮城保健師は、時々「母子のことばかりしていてよいのか」「目の前の事態に対応するだけでよいのか」と疑問を感じながらも、「忙しいから仕事は増やせない」「時間がないから仕方がない」という先輩保健師たちの口癖に同調してきました。

健康増進課としても、既存の事業の拡大実施に追われ、地区活動については、新任期の保健師の指導も行われていない状況です。旧ニュータウンには、この地域の宅地開発の初期に子育て中の核家族として転入してきた団塊世代の夫婦が増えています。すでに子供たちは独立し、退職後の時間を有効に使いたいと社会参加の機会を模索している意識の高い住民も多いです。このような住民たちの間では、今後の自分たちの老後の健康や生活上の不安について話題になっていますが、保健師の耳には届いていません。

これまで気持ちが東京に向いていた団塊世代の元気な住民たちは、漠然とした老後の不安は個人の努力で払拭しようと、都内まで趣味の活動や食事に出かけたり、車で近県までゴルフに出かけたりして過ごしており、本当に困った時が来たら、大きな病院に行けばよいという認識です。市役所に高齢者福祉課があることや、保健センターには地区担当保健師がいることすら知らない住民も多いです。

事例検討に役立つ問いの例

1. 誰にどのような不利益が生じているか・今後生じるか
 - ・あおば市・さくら地区のハイリスクケース以外の母子・子育て家庭はどうだろうか
 - ・あおば市・さくら地区には、母子・子育て家庭以外の住民にニーズはないのだろうか
 - ・あおば市・さくら地区には、将来的に予測される潜在的な健康問題はないのだろうか
2. 母子保健の活動に力を注いでいる宮城保健師は、住民の健康増進を掌る行政職として、その責務を果たしているか
 - ・活動対象は、ハイリスクな母子・子育て家庭に限定してよいのだろうか

- ・活動形態は、ハイリスクな母子・子育て家庭に対する個別支援に特化してよいのだろうか
- 3. 保健師と住民・関係者が協働するうえで障壁となっていることは何か
- ・あおば市健康増進課の先輩保健師の口癖は、宮城保健師にどのような影響を与えているか
- ・あおば市健康増進課の保健師は、住民のニーズを的確にとらえる手腕をもっているか
- 4. 倫理的環境を創り出すために、どのような取り組みが必要か
- ・あおば市健康増進課として、住民のニーズを的確にアセスメントするにはどうすればよい
か
- ・あおば市・さくら地区には、どのような住民・関係者が資源として存在するか

学習課題

1. 公衆衛生看護の活動理念・目的と住民・関係者との協働の関係を説明しましょう。
2. これまでの演習や実習で、どのような協働場面に参加しましたか。
3. その協働場面から、行政職としての責務を見出しましょう。
4. 保健師として、どのような場面でどのような人々と協働できるかあげてみましょう。

文献

- ・ 玉野和志：第1章 わが国のコミュニティ政策の流れ，中川幾郎編：コミュニティ再生のための地域自治のしくみと実践，学芸出版社，京都，2011.
- ・ 坪郷實：第2章 市民参加の新展開と自治体改革—市民社会を強くする方法，坪郷實編：参加ガバナンス—社会と組織の運営革新，日本評論社，東京，2006.
- ・ 西田亮介，塚越健司：「統治（ガバナンス）」を創造する—新しい公共／オープンガバメント／リーク社会，春秋社，東京，2011.
- ・ 吉田勉：地方自治法，学陽書房，東京，2010.
- ・ 岩永俊博：地域づくり型保健活動の考え方と進め方，医学書院，東京，2003.
- ・ 鈴木良美，大森純子，酒井昌子他：日本の「地域保健活動におけるパートナーシップ」：概念分析，日本地域看護学会誌，12(1)，44-49，2008.

ICN 看護師の倫理綱領（2005年改訂）

看護者の倫理綱領（日本看護協会 2003年）

地方自治法（1947年※2000年に地方分権の大改定あり）

地方公務員法（1950年）

（大森純子）

単元4 公平な保健福祉サービスの分配

I. 公衆衛生看護実践を取りまく社会的状況

18世紀半ばの産業革命によって、工業化とそれに伴う都市化の進行、人口増加、全般的な所得の上昇などによって社会の近代化は急速に進んだ。しかし、同時に、多くの社会問題が発生し、その一つとして、貧困による問題が多発するようになった。農村から都市へ人口が集中し、大都市における貧困労働者層を生み出し、これらは、住宅、環境、交通、教育など政策的な対応を要する問題となった（宮川 2003）。日本においても同様であり、劣悪な労働環境や、低賃金や長時間労働などによる健康上の問題も多く発生し、これらに対応する慈善事業や社会事業が出現し、社会制度の制定につながるというような歴史的な発展が共通に見られる（松葉 2013）。

さらに、石油危機後には、社会保障に関する国家の役割の見直しが行われ、国家による生活保障よりも、自助努力、家庭や近隣による支え合い、企業福祉を重視すべきであるという「公私の役割分担」という形で論じられた。例えば、医療や社会福祉の分野では、利用者負担や自己責任が強化された。また、住民参加型の福祉サービス、営利のシルバー・ビジネス、医療関連産業等の進出が認められ、公的責任によるサービス提供という原則が崩れてきた。1990年代半ば以後、この動きが加速し、介護保険の導入では、いわゆる措置制度から契約制度に替わった。その後、社会保障の分野のみならず、国家のあらゆる分野において、民営化、民間委託、規制改革などが提案され、実行されていった（堀 2009）。

このような社会背景のもと、保健師活動も同様に、その時代毎に地域の健康問題に対応した様々な保健福祉サービスを企画し実施してきた。しかし、同時に、あらゆるライフステージ、あらゆる健康レベルへの保健福祉事業は膨大に増加し、近年は、特定健康診査や特定保健指導、地域包括支援センターにおける高齢者に対する介護（予防）サービスなど、民間業者への委託事業も増えている。それによって必然的に保健師の役割・業務も異なってきた。公共サービスについては、行政が自ら公務員によって行っているもの、公務員と民間の両方が行き資金は税によって賄われているもの、民間の業者がサービスの提供を行い一部税によって賄われているものなど様々である（馬場 2007）。保健師が関与しているサービスについても、どのような形態でサービスを提供すべきなのか、地域住民のニーズや社会資源、市町村の財政状況など多くの情報を持つ保健師が行政組織の一員として判断していくことが求められている。

II. 保健福祉サービスに関する政策と政策の公平性

市町村、県によって実施している保健福祉サービスは同じではない。その地方公共団体における住民ニーズや健康問題、財政基盤等によって異なっている。保健師は、地域住民のニーズや社会支援、財源、所属する機関の役割・現状など、様々な要因を考慮して事業を企画し、実施している。その際、住民に対する公平性をどのように考えたら良いのかを同時に検討することが求められる。

まず、公平な政策とは、どのようなことを意味するのかについて概説する。「公平」は、何らかの考え方を基に、皆が納得するような基準で、配分したり貢献を求めたりするのに対し、「平等」は単純に均等に、配分したり貢献を求められたりするというような差異がある。すなわち、「公平」はなんらかの価値・考え方に沿ったもので、「平等」はより機械的なもの（均等配分であり、格差がないことなど）といえる。つまり、なんらかの価値・考え方を明確にし、共有しないと公平なサービスにはならない（田村 2000）。

また、経済学では、効率性と公平性という2つの価値軸を持っている。簡単にいえば、効率性は「限られた資源をいかに効率よく配分するか」であり、公平性は「社会で生まれた所得をいかに公平に分配するか」という観点である。問題は、この2つが両立しない状況がしばしば生じる。経済効率を高める改革を行おうとすれば、それで所得が落ち込む人が出てく

る。格差是正を目指し、その財源調達のために増税しようとするれば、経済活動にマイナスの影響が出てくる。このように2つの概念はトレード・オフ（二律背反）の関係にあることが多い。だからこそ、両者のバランスをどのようにとることが政策的にも重要となる（小塩 2010）。

受益と負担の関係もまた公平性に影響する。市場で取引される私的財の場合には、負担者は原則として受益者である。しかし、公共政策においては受益と負担の関係はさまざまであり、かつ複雑である。また、公共政策において受益者負担をどのように取り入れるかは極めて重要な問題である。一般に、受益者が一部で平等ではなく、受益が受益者個人に帰属することが大きい場合ほど、受益者負担を大きくすることが妥当である。例えば、だれもが平等に受ける公的初等教育は無料であるのに対して、国民の一部のみが入学し、かつ個人的に受益するところが大きい国公立大学はかなり高い授業料を課することができる。無料の一般道路に対する有料高速道路の場合も同様である。公共政策の費用は、全体として国民のだれかが負担しなければならない。公共政策の中心的に重要な問題は、「誰の負担で誰に受益させるか」を考えることである。しかし、「どのような配分を公平とみなすべきか」という問題は、人々の価値観に依存する難しい問題あり、それゆえに、これまで公平性の観点からの政策評価というものが避けられてきた（宮川 2002）。

保健所や市町村に勤務する保健師が主となって実施する事業に関しては、利用者（受益者）は無料で利用できる事業が主となる。それが、民間に委託されるほどに、利用者の負担が重くなる。今まで無料または安価で受けていたサービスの負担が重くなった事業は多々あり、その際に住民の声を聞き、その対応に追われ、個人レベルで見れば明らかなサービスの低下に悩むことも多い。保健師としてこれらの事態をどのように考えたら良いのか、社会情勢や組織の財政状況、健康問題の重大性、さらには住民一人一人のよりよい生活を考慮して、どのようなサービスを提供すべきか保健師としての判断が求められる。

III. 住民との協働

近年、国・地方を合わせて約 1000 兆円にも上る財政赤字削減のため、公共事業を中心とする公共投資や、その担い手として役割を担ってきた国家・地方公務員の削減による行政サービスの縮減が迫れている。これはより効率的な公共政策のあり方を問われていることでもある。

そもそも、行政サービスはそこで生活する人々がよりよい生活を目指して、税金によって実施されるものである。税金がより効率的に活用されるためには、そこで生活する地域住民が自ら考える機会を持ち、意見を述べる場が重要となる。そのため、地域住民が直接政策に参加し、自治体・企業、NPO・ボランティア、住民がパートナーとして協力しあう住民参加の政策が求められるようになってきた。また、政治の分権化が推し進められ、地方に権力が移譲されることによって、住民が政策により直接に影響を与える場を設ける機会も多くなっている。それによって住民の参加意欲を高め、さらに、政策のコストと負担の関係がより住民に理解される。負担は誰が負うのか、その結果益をえるのは誰か、この全体バランスを視野に入れた検討が可能となる（丸尾 2003）。例えば、健康増進のため様々な事業を効果的に行い、住民の健康状態が改善されれば、悪化する一方の医療費の増大を食い止めることができる。そのために、住民のボランティアな協力による事業を展開し、健康的な生活を支援し合うまちづくりが行われている。地方分権化と住民の政策参加とインフォーマルな協力を活かすパートナーシップが大切な時代になっている。

IV. サービスの評価

評価の観点としては、必要性、効率性または有効性の観点、その他該当政策の特性に応じて必要な観点から評価が必要である。必要性とは、対象とする政策の行政目的が国民や社会のニーズまたはより上位の行政目的に照らして妥当性を有しているか、行政関与の在り方からみて当該政策を行政が担う必要があるかという観点である。効率性とは、政策効果と費用等との関係を明らかにする観点であり、有効性とは得ようとする政策効果と、実際に得ら

れている、または得られると見込まれる政策効果との関係を明らかにする観点である。また、政策効果や費用の負担が公平に分配されているか、分配されるものとなっているかなどの公平性、当該政策を他の政策よりも優先すべきかなどの優先性も重要である。これらの各観点についての評価方法に規定はないが、政策の特性に応じて適切な観点を選択・具体化し、総合的に評価することが求められる（小野 2008）。これらは、企画・実施した保健福祉サービスの結果を評価するのみではなく、その地域の政策課題の解決にどれだけの成果が得られているのかという視点で考えていかなければならず、その際に必要な観点となる。

さらに、私達は保健師という専門家として、科学的根拠に基づく保健福祉活動を行っていく必要がある。1920 年前後より公衆衛生分野を中心にプログラム評価が発展し、科学的根拠に基づく医療（EBM）や関連分野の科学的根拠に基づく取り組みに注目が集まっている。この取り組みに関連した評価研究や実践活動が活発に行われ、ランダム化比較試験やシステマティック・レビューが積極的に行われ、評価研究結果の知見を社会が広く共有するための方法論が発展している。しかし、いまだ、薬効評価や治療法の評価などの臨床評価が主流であり、保健福祉分野において積極的に科学的根拠に基づく事業が行われ、評価されているとは言えない現状がある（大島：2010）。より効果的・効率的な事業を実施していく上でも重要なことであり、今後どのようにして定着していくことができるのかが課題となっている。

一方で、西尾は次のように述べている。行政サービスの範囲・規模は拡大してこざるをえなかったが、現代の流れの方向は完全に逆転し、今度は行政の肥大化が憂慮され、行政活動の不適切で非効率な側面に非難の矛先が向けられてきた。行政サービスの適正な範囲とは何か。市場の経済活動と政府の行政活動のあるべき境界線はどこか。これは、歴史上繰り返し論じられてきた論点であるが、行政サービスの範囲は、学問の確定しうところではなく、あくまで政治のメカニズムをとおして決定されるべき性質のものである。それゆえに、国ごとに多様であって当然であり、時代とともに変遷して当然のものである（西尾 2001）。つまり、科学性を追求していくと同時に、科学では説明しきれない事柄によって影響を受けるものである。

保健師もまた、変化していく社会で、その時々課題に多様に応じることが、行政における保健師の特性、かつ必要とされる理由であり、そこに専門性がある。住民一人ひとりが健康な生活を維持・増進できるように、健診や相談業務などの日常業務を通して関係機関と連携し、より多くの住民がサービスを利用できるように制度を整え、互いに関係し支え合うことによって持続可能なネットワーク作りを行う。また、その仕組みを自らは利用しない人たちにも注目し、個人の問題にとどめずに様々な仕組みづくりをしている。ここに、自治体に保健師が存在する価値がある。保健師は、専門職と行政職である特性を生かしながら、住民に対して公平公正に働く役割を認識して業務に向き合い、取り組んでいる。保健師の役割や活動実績を科学的・数量的に明確に示しながらも、現代の科学では説明できない活動を行っていることを自覚しつつ、関係職種や地域住民に対して意識して説明責任を果たし、理解を求めていく必要がある。

事例

<事例 1>

大和保健師は、学苑町の保健師になって 10 年目です。健康づくりを担当し、運動普及委員会（町に委託されたボランティア組織）の育成と運動普及委員の活動支援を行っています。委員の一人の黒川さんは、特に熱心に取り組んでいて、高齢者の集まる会などいろいろな場に出向いて運動を紹介したり、運動普及委員会のリーダーとして役割を担ったり、積極的に活動しています。大和保健師は、黒川さんのような住民の方々と一緒に、学苑町の健康づくりの仕事できることに保健師としてのやりがいを感じています。

しかし、一生懸命やっても地域には関心のない人も多く、協力が得られなかったり、税金の無駄遣いと活動を否定する意見をもらったりします。このような意見を聞くと活動意欲

が低下する時も多々あります。

このような経験をした後、黒川さんから次のような発言がありました。「私は、自分の健康のために、自ら投資して、頑張っている。その上、少しでも人のお役に立てるならばと思いい、この活動をしてきた。今まで、あまり病院のお世話にもならず、元気で過ごしてきたが、介護保険料は上がる一方で、高い国民健康保険料も納めている。これは、何もしないで、脳卒中を起こしたり、寝たきりになったりした人のために、介護費用や医療費を支払ってあげていることにならないか。この活動はそういう点で矛盾していないか。」という発言をしました。大和保健師は、黒川さんのように、熱心に活動してくれる方によって支えられて運動普及員の活動が続いているので、今後も頑張りたいと思っていますが、このような発言について、どのような返事をしたらよいのか、答えられず、困ってしまいました。

<事例2>

大和保健師は、学苑町の保健師になって15年目で、昨年度から地域包括支援センターに勤務しています。介護予防事業を担当し、運動機能向上のためのプログラムの企画や教室の運営を行っています。介護予防が必要な対象者として800名程度把握していますが、教室への参加希望者は少なく、毎回10数名の参加者です。参加を進めても「知らない人と運動するのは億劫」、「まだ、行政のお世話にならなくても大丈夫」という返事がほとんどであり、参加者を募るためにどうしたら良いのか悩んでいます。

一方、教室終了者は「楽しかった。もっとやりたい」「みんなとまた会いたい」という声が多く、このニーズにこたえるために、年2回のフォローアップ教室を開催する予算を確保しました。しかし、開催してみると「年2回の運動では効果がない。教室に参加するから、運動できる。ひとりではやれと言われても難しい」、「送り迎え付きだったから、参加できた。会場まで連れて行ってくれる人がいないと参加できない。」と、以前の教室と同様の内容ではないことへの不満の声を聞きます。

確かに、運動教室中には、歩く速度が速くなったり、笑顔が多くなり社会的になったり、介護予防の効果を実感しています。しかし、教室が終了してしまうと、もとの生活に戻ってしまうという実態では、教室の意味がありません。また、フォローアップ教室は運営上の制限や利用者の負担が多く、介護予防教室と同様の内容では開催できません。予算が限られている中で、住民の一部である教室終了者に、継続したサービスをし続けることは難しいことはわかるのですが、この教室に疑問を感じはじめています。

事例検討に役立つ問いの例

<事例1>

大和保健師は、健康づくりの仕事できることに保健師としてのやりがいを感じています。

⇒大和保健師は、どんなことにやりがいを感じているのだろうか。

⇒大和保健師は、黒川さんの活躍をどのようにうけとめているのだろうか。

黒川さんは運動普及委員の活動に矛盾を感じています。

⇒黒川さんは、運動普及委員の活動にどのような矛盾を感じているのだろうか。

⇒黒川さんは、なぜ運動普及委員の活動に矛盾を感じるのだろうか（理由・背景）。

⇒運動普及委員の活動は黒川さんにとってどのような意味があるのだろうか。

⇒黒川さんは、この疑問にどのように向き合ったらよいだろうか。

大和保健師は黒川さんの発言について、どう対応した良いかわからなくなっています。

⇒大和保健師は、なぜ、黒川さんの発言に対して、困っているのだろうか。

⇒大和保健師は、黒川さんの発言をどのように受け止めたらよいのだろうか。

⇒大和保健師は、黒川さんにどのような支援（説明、活動へのアドバイス・支援など）をしたら良いだろうか。

<事例2>

大和保健師は、介護予防事業を担当し、参加者が少ないので悩んでいます。

⇒介護予防事業の参加者が少ないことについて、保健師としての悩みとはどんなことだろう。

⇒介護予防事業の参加者が少ないということについて、どんなことが考えられるだろうか。

介護予防事業の参加者のフォローアップ教室の予算を確保し、教室を開始しましたが、参加者から不満の声を聞きます。

⇒参加者は、介護予防事業に参加し、終了後どんなことを感じていたのだろうか。

⇒参加者の意見から、予算を確保してフォローアップ教室を開催したが、なぜ、参加者は不満を感じてしまうのだろうか。

大和保健師は、担当している介護予防事業に疑問を感じています。

⇒大和保健師は、介護予防事業の意義をどのように考えているのだろうか。

⇒大和保健師は、介護予防事業のどのようなことに疑問を感じているのだろうか。

学習課題

- ・保健師が行う保健事業の例をあげて、その公平性とは何か、考えてみよう。
- ・特定健康診査・特定保健指導や地域包括支援センターにおける業務などの例をあげて、公平性と効率性の観点から、保健事業の委託について、その是非を話し合ってみよう。
- ・健康の保持・増進のための公的サービスの実施について、住民の健康生活と医療費の高騰、および個人負担と公平性の観点から話し合ってみよう。

文献

大島巖：第12章保健福祉評価，三好皓一編：評価論を学ぶ人のために，世界思想社，208-219，2008.

小塩隆士，効率と公平を問う，日本評論社，1-15，2010.

小野達也：第7章政策評価，三好皓一編：評価論を学ぶ人のために，世界思想社，120-122，2008.

川野辺裕幸，丸尾直美編：高齢者福祉サービスの市場化・IT化・人間化，ぎょうせい，57-60，223-227，2005.

田村誠：「公平」の評価方法と考え方，病院，9(7)，635-639，2000.

西尾勝：行政学，有斐閣，p.11，2001.

堀勝洋：社会保障・社会福祉の原理・法・政策，ミネルブア書房，1-21，2009.

松葉ひろ美：社会保障の基本原則を求めて－「生命」を軸とする社会保障理念の可能性，週刊社会保障，2712，44-49，2013.

宮川公男：政策科学入門，東洋経済新聞社，p.91-97，2002.

宮川公男：第I部政策とは何か，1巻頭言政策学とは何か，そしてどう学ぶか，政策学入門，政策分析ネットワーク編，東洋経済新報社，p.13，2003.

丸尾直美：第I部政策研究のブリーフィング，7.福祉クラスター，政策学入門，政策分析ネットワーク編，東洋経済新報社，2003.p.84-853

参考文献

小塩隆士：社会保障と税の一体改革が目指すべきもの，週刊社会保障，2709，2013，60-65.

川渕孝一：特定保健指導で医療費は削減できるか，週刊社会保障，2719，2013，36-37.

近藤克則：健康格差問題と社会政策，社会政策学会誌，4(2)，41-52.

- 島田春雄：行政評価，東洋経済新聞社，1999，p. 41.
- 田尾雅夫：ヒューマン・サービスの組織，医療・保健・福祉における経営管理，法律文化社，1995，p127-8.
- 田川由美子：保健師は公平公正に働く意味と意識の体現者，地域保健，41(4)，48-51，2010.
- 武川正吾：社会政策と社会的価値，季刊社会保障研究 19(4) 457-466，1984.
- 田中洋子：健康のための社会政策，社会政策学会誌，4(2)，5-18.
- 馬場健：公共サービスと行政サービスについての整理，法政理論 39(2)，2007，366-388.
- 山重慎二：公平性の観点からの政策評価，会計検査研究，no. 22，33-46，2000.
- マイケル・リプスキー著，田尾雅夫訳，行政サービスのディレンマーストリートレベルの官僚制，木鐸社，1986.
- 真山達志：政策形成の本質，現代自治体の政策形成能力，成文堂，2001，p. 42-49.
- 和田勝：医療保険・医療政策をめぐる課題と将来，週刊社会保険，2709，2013. 12-20.

(安齋由貴子)

単元5 契約に基づかない支援

I. 公衆衛生看護実践を取りまく社会的状況

1. 社会情勢の変遷とともに発展してきた保健師と保健師活動

日本では、明治・大正時代から乳幼児や貧困者や災害被災者への看護が行われてきた。明治7年(1874年)に産婆(助産婦)が、明治33年(1900年)に看護婦が規定され、助産や乳幼児の保護、被災者や困窮者への巡回看護、訪問看護が行われてきた。昭和に入り、そういった「地域におけるアウトリーチによる看護」、乳幼児死亡率などの改善に向けた「公衆衛生活動の充実」のため、小児保健所や児童相談所の設置、社会保健婦や公衆衛生看護婦の養成、予防医学を導入した公衆衛生看護活動が行われ、公的・私的機関による公衆衛生看護活動体制の礎が築かれた。そして昭和12年(1937年)保健所法や昭和16年(1941年)保健婦規則の制定により、保健婦という規定された資格を持った看護職が、全国の自治体や健康保険組合等の公的な場において人々の健康増進にかかわる体制が確立された¹⁾。公衆衛生看護活動は、戦後は母子保健の向上と栄養状態の改善、結核などの感染症対策に主眼が置かれ、高度経済成長期に入ると、脳血管疾患、心臓病、がんなどの生活習慣病や精神衛生、公害等の健康問題へと重点が移り、現代の生活習慣病予防、育児支援、自殺予防などのメンタルヘルス対策などの健康増進へと活動が変遷していった。

国家資格として保健師が明確に位置付けられ、国として全国の自治体への配置義務やその活動内容が定められているのは、国民皆保険に加え、日本特有の仕組みであり、あらゆる年代、あらゆる健康レベルにある人々の、あらゆる健康課題に取り組み、支援を行なう重要な役割を担っている。

2. 契約とは何か。保健師は何に基づき活動しているのか。

わが国において、保健師は「契約に基づかない健康支援を行う」という特徴をもつ看護専門職である。「契約」とは、「相互が合意をした場合」にそれを法的な強制力により保護するための制度のことである。医療における契約とは何か。例えば訪問看護ステーションであれば、対象者から依頼を受け「契約」を結び、看護サービスの提供者と利用者という関係性の上で看護が行われる²⁾。

公衆衛生看護における場合はどうか。保健師または保健所や保健センターは、個々の住民と直接契約を交わしてサービスや行為の対価を得ているわけではない。国や地方自治体は法制度に則り、公的責務として地域の健康づくりを行っており、住民は「税金」という対価を支払って公的サービスを受けているという捉え方をすることもできるが、やはり「契約」とは根本的に異なるものである。

保健師が何に基づいて活動を行っているかという点、保助看法はもとより、基盤となるのは日本国憲法の第25条「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」であり、その根底となるのが、第11条「国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与えられる。」、第13条「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」である。さらに、保助看法で「保健師」という看護師とは異なる看護専門職の存在を定義し、地域保健法では、すべての自治体に保健師の配置を義務付けている。つまり国の責任のもと、保健師は地方自治体に属し、それぞれの自治体の保健計画や指針に則り公衆衛生看護活動を行っているのである。

3. 契約なくアウトリーチできる保健師活動の特徴

保健師にとって「契約に基づかない」という対象との関係性や活動の機能はどのような意味を持つだろうか。対象が望もうと望まないと、保健師は支援が必要であると判断すればいつでも個々の住民や家族、集団、コミュニティに介入していくことができる。この機能は保健師独自の「職能」や「権限」として捉えることもできるかもしれない。「契約」に依らず誰にでもアウトリーチができることは、保健師が保健活動を遂行する上で、大変重要な駆動力となる。何故なら、病院などの臨床現場と異なり、保健師の活動は人々の生活の場において行われ、対象となる人々は、自分が看護職や何らかの支援が必要であると認識している人ばかりではない。健康課題を抱えていても気づいていなかったり、気づいていても拒否的または遠慮的に支援を受けようとはしなかったり、支援を受けたいけれども何らかの事情でケアにアクセスできなかったりと、人々がもつ価値観や健康観、問題解決能力、置かれている状況などは千差万別である。保健師に「契約に基づかない支援ができる」という機能がなければ、社会的弱者を見出して支援に結び付けたり、万人を対象とした活動を行ったりすることはできない。また、社会への公衆衛生的介入が必要となる感染症コントロールや災害などの健康危機管理などの局面では、さらにその機能が重要になってくる。

保健師は対象者の出現を待つのではなく支援が必要とされる対象者を見出していくということ、保健師の行う支援は、目に見える形での直接的な看護ケアの提供だけではなく、むしろ人々の意思決定プロセスを支援するということに重きが置かれているということ、個人・家族・集団へのアプローチのみならず、政策提言や施策化を通して環境や社会へアプローチし安定した社会生活の基盤づくりを行っていく「公共性」という特徴もまた、保健師活動が「契約」に馴染まない要因である。

4. 対象者が支援を望まない状況とは

しかし住民側からするとどうか。保健師が自分たちの公衆衛生の向上を責務として日々活動していることを認識しているだろうか。病院の看護師と違って「何を期待できるのか」わからない状態で、意図せず「保健師」とのかかわりが始まることもあるだろう。この住民側の認識と保健師側の意識の違いが、日々の保健活動の実践において、倫理的課題を生み出す元となることも少なくない。保健師から要支援のターゲットとして見出された「対象者」は、生活や健康の向上のためという名分のもと、個人の意思に関わらず保健師とかかわらざるを得なくなるということもある。したがって、保健師はまず対象となる住民に受け入れてもらえるよう、自分たちが行う活動やその目的を理解してもらおうところからかかわりを始め、信頼関係を築いていかなければならないという難しさが伴う。日々の実践においては、「対象者」がどこの誰なのか、どんな「健康課題」が存在しているかすら、分からない場合も少なくないが、その場合も保健師はその状況をとりまく人々と関係性を構築しながら、多角的、広角的に状況を捉えてアセスメントを行い、支援を必要としている人やその健康課題を見出すということから始めていく。対象者自らが支援を望んだのではない場合、保健師は多様な切り口から対象者に接近しようと努力をすることになる。健康という正面からアプローチすることもあれば、生活の側面、経済的側面、社会的側面、家族関係の側面など、さまざまな方向から接点を探し、かかわりのきっかけを創り出し、関係性構築のための切り口を見出していく。そして保健師がもつ多くの支援技法や社会資源のなかから、必要なものを組み合わせてアプローチしていくことが可能になる。

5. 契約に基づかない支援こそが不可欠とされる場合

近年、保健師活動の中で重点が置かれてきた活動の最たるものに虐待（児童・高齢者）がある。虐待という問題は、意図的に隠されていたり、水面下に潜在したりしていることが多く、保健師の支援を拒否されることが最も多い局面の1つである。また保健師がもっとも時間を費やしているのが精神保健活動であり、自分から支援を求めることが難しい、精神障害者やその可能性のある有症者へのアウトリーチ活動は地域において必須である。引きこも

りやニート、ホームレスなどその存在のあり方が社会的問題として取り上げられる人々も、自主的には支援を求めてこない、保健師の支援対象である。また、高齢者の閉じこもり予防、生きがいや役割創出なども、団塊世代の高齢化を迎えた現在では再び重点課題とされる活動であり、保健師がその機会を創出し、寄り添いながらともに生活の質向上を目指していく対象である。

事例

<事例1>

佐川保健師は3年目の保健師です。自身の受け持ち地区で、田崎さんという30代男性の継続訪問をしています。田崎さんは大学卒業後に一度就職をしましたが上手く職場に馴染めず退職し、以来ずっと自宅から一歩も出ず、自分の部屋に閉じこもっている生活を続けています。佐川保健師はいまだに田崎さんと直接会うことができていません。田崎さんには同居の70代の母親がいますが、母親のわずかな年金で何とか親子で生活しています。母親の智子さんは長年自分や息子の将来に不安を抱いており、受診しないまま長らくうつ状態が続いています。1年前に母親が保健センターに電話相談をし、佐川保健師がかかわることになりました。佐川保健師がかかわったことで智子さんは自分の悩みを打ち明けることができましたが、以来、智子さんは息子のことや自身の体調について頻繁に相談の電話をかけてくるようになり、息子をどうにかして欲しい、家の様子を見て欲しい、体の具合が悪いと言っては家庭訪問を求めてきます。佐川保健師が智子さんに、息子や智子さん自身の受診勧奨をしたり、地域の社会資源につなげようとしたりしても「そんな大変なことではできない」「今でもやっと生活しているのに、少しでもお金がかかることはしたくない」と言い、「保健師さんは困ったときには来てくれるでしょう?」「他には頼れない。相談にのってほしい」と言って、なかなか適度なかかわりができなくなっていました。

周囲の保健師からも、智子さんからしょっちゅう電話がかかってくることや、佐川保健師が度々田崎さんに家庭訪問をしていることについて、どうするつもりなのか、いつまで訪問を続けるのかと言われてしています。佐川保健師は（これからどうかかわっていったら良いのだろう…）と悩んでいます。

事例検討に役立つ問いの例

- ・佐川保健師は何故、何に悩んでいるのか？
- ・智子さんは保健師に何を期待しているのか？
- ・佐川保健師がうまく対応できないのはなぜか？
- ・住民が求める限り、保健師はそれに応えるべきなのか？
- ・保健師が行っていることはサービスの提供なのか？
- ・佐川保健師はどのように行動すべきだろうか？

<事例2>

築地保健師は中央市の保健師になって3年目です。築地保健師は、自分の担当地区で4か月児健診が未受診のままになっている明石さん家族がいることに気づきました。中央市では個別健診を取り入れているので、保護者が自分の都合の良い日時に、自分の選んだ医療機関で健診を受けることができます。築地保健師は（4か月児健診を受診しないなんて、たぶん「問題ケース」ね…）と考えました。明石さんの母子記録はなく、住民基本台帳データで検索すると、明石さん家族は3か月前に引っ越してきたばかりだということがわかりました。

築地保健師は（うまく小児科を探せないのかもしれないわね…とにかくアプローチしな

きゃ。)と、早速明石さんの家に電話をしましたが、留守番電話になっていて「健診のことでお話ししたい」というメッセージを残しても反応はありませんでした。そこで、明石さんの自宅を訪問してみることにしました。明石さん家族はいつも不在で、その都度「一度保健センターにご連絡ください」という訪問メモをポストに入れましたが、連絡はありませんでした。心配になった築地保健師は、明石さん家族の近くに住む民生委員に連絡を取り、明石さん家族の様子を探ることにしました。民生委員の話では、明石さん家族は確かに住んでいるけれども、あまり顔を合わせないし、まだ児や父親の姿は見たことがないとのことでした。

その後も何度か訪問を続けているうちに、やっと明石さん家族に会うことができました。しかし、児の母親である明石さんは、築地保健師に対して怒りを顕にしました。「どうして何度も何度もしつこく電話したり家に来たりされなきゃいけないのですか。迷惑です。この間も近所の民生委員が、まるでうちの事情を探るかのように話しかけてきました。まさか行政からうちの個人情報を出しているんじゃないですか!」とまくし立てました。築地保健師は、「お子さんの発育のご様子や育児の相談など、お話を伺いたいと思って伺っていたのですが、何かお困りのことなどはないですか?」と尋ねると、「うちは何の問題もありません。引越前からのかかりつけ医がいるので、市の健診は今後も受けないし、もうかかわらないでください」と家の中に入ってしまいました。築地保健師はため息をつきながら、どうしたものかと途方に暮れました。

事例検討に役立つ問いの例

- ・ 築地保健師は、なぜ直接会う前に明石さん家族を問題ケースとして捉えたのか?
- ・ 築地保健師のかかわりは適切だったか?
- ・ 築地保健師の個人情報の扱いは適切だったか? 民生委員とのかかわり方はどうだったか?
- ・ 明石さんにとって、築地保健師のかかわりはどのような意味をもつか?
- ・ 明石さんは何故行政とのかかわりを避けているのか? 明石さんへの支援は必要か?
- ・ 今後、築地保健師はどのように行動すべきだろうか?

学習課題

- * 保健医療福祉における「契約」とは何か、調べたり話し合ったりしてみましよう。
- * 契約に基づかない支援における、対象者にとってのメリットやデメリットを考えてみましょう。
- * 事例のほかにも、どのような場面が考えられますか。

文献

- 1) 守田孝恵：保健師はどういう職業か—果たす役割を自覚しよう—、特集：保健師はどこまで入れるか—役割と権限とためらいの間で—、保健師ジャーナル 67(4)、p.270、医学書院、2011.

もっと知りたい人のために

契約に基づかない対象とのかかわり

- ・ 坪倉繁美：具体的なジレンマからみた看護倫理の基本、医学芸術社、2005.
- ・ サラ T. フライ、メガン・ジェーン・ジョンストン著、片田範子、山本あい子訳：看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド第3版、日本看護協会出版会、2010.
- ・ 小西恵美子編：看護倫理 よい看護・よい看護師への道しるべ、p.91-101、168-179、南江堂、2008.

- ・ジョイス・E. トンプソン、ヘンリー・O. トンプソン著、ケイコ イマイ・キシ、竹内 博明監訳：看護倫理のための意思決定 10 のステップ、日本看護協会出版会、2004.
- ・特集：保健師はどこまで入れるかー役割と権限とためらいの間でー、保健師ジャーナル 67(4)、p.270-300、医学書院、2011.

高齢者虐待

- ・岸恵美子：ルポ ゴミ屋敷に棲む人々ー孤立死を呼ぶ「セルフ・ネグレクト」の実態ー、幻冬舎新書
- ・高崎絹子監修、岸恵美子、小長谷百絵、小野ミツ編：実践から学ぶ高齢者虐待の対応と予防、日本看護協会出版会、2010.
- ・安村誠司：地域で進める閉じこもり予防・支援 効果的な介護予防の展開に向けて、中央法規、2006.

児童虐待

- ・山崎嘉久、前田清、白石淑江編：ふだんのかかわりから始める 子供虐待防止&対応マニュアル 改訂第2版、診断と治療者、2011.
- ・鷺山拓男：子どもの虐待と母子・精神保健ー虐待問題にとりくむ人のための「覚え書き」、全国保健師活動研究会、2006.
- ・石川瞭子編：性虐待をふせぐ 子どもを守る術、誠信書房、2008.
- ・町野朔、岩瀬徹編：児童虐待の防止ー児童と家庭、児童相談所と家庭裁判所ー、有斐閣、2012.

精神疾患

- ・宮本ふみ：無名の語り 保健師が「家族」に出会う 12 の物語、医学書院、2006.
- ・春日武彦：病んだ家族、散乱した室内、医学書院、2001.

ホームレス、ニート、ワーキングプア

- ・NHK クローズアップ現代取材班：助けてと言えないーいま 30 代に何がー、文藝春秋、2010.
- ・鈴木文治：ホームレス障害者ー彼らを路上に追いやるものー、日本評論社、2012.
- ・稲葉剛：ハウジングプアー「住まいの貧困」と向きあうー、山吹書店、2009.
- ・高田敏、桑原洋子、逢坂隆子編：ホームレス研究、信山社、2007.

(小林真朝)

単元6 法・制度と人権の狭間

I. 公衆衛生看護実践を取りまく社会的状況

1. 感染症対策（法・制度）と人権

医療の進歩により一時制圧されたと思われていた感染症は、近年、HIV(後天性免疫不全症候群)、腸管出血性O157、SARS(重症急性呼吸器症候群)、新型インフルエンザなどの新興感染症の出現、薬剤耐性化による結核やマラリアなどの再興感染症の発生、炭疽菌などによるバイオテロの可能性の出現により、社会に脅威をもたらしている。

感染症は、伝染性を伴う疾患であるため、医療対応のみならず、社会防衛の観点から、入院勧告、入院措置、就業制限、物の消毒や処分、建物の封鎖と交通遮断などの人権制約的な措置を取る必要が生じる。過去には科学的根拠のないまま隔離対策を続け、その結果、多大な人権侵害をもたらした「らい予防法」による対策がある。そうした教訓を受けて、1999(平成11)年に施行された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下、感染症法)」では、やむを得ない人権制約的な措置は、必要最小限なものでなければならないとしている。

2. 健康危機管理と人権に関する課題

感染症法に、人権擁護の視点が盛り込まれるようになったものの、感染症のアウトブレイクなどの危機的な状況下では、現場では様々な倫理的問題が生じている。岩村¹⁾は、集団感染のほか自然災害、事故災害を含む健康危機への看護職者の対応事例を文献から調べ、8つの倫理的課題を整理した。それらは1)健康弱者の安全・安心の確保、2)劣悪な環境下や集団生活での人間の尊厳やプライバシーの保護、3)ケアする人の安全確保と心身の健康保持増進、4)被災者の自立支援、5)ここのケアにおける配慮、6)対象者のプライバシー・人権擁護と公益、7)看護職として事前準備しておくべき責任、8)人命尊重とトリアージのジレンマ、であった。人権にかかわる内容は、事故現場で搬送された被災者の名前を、安否を気遣う多くの家族のことを考えて公表するなどしたが、公益と対象者のプライバシー・人権擁護とが相反していた事例、また被災地域に多くの支援者が入ることで、被災前は自立していた人の活動の場を奪い、被災者の喪失感や無力感を助長して自立を妨げた側面があり、被災者の自己決定の権利等の人権を尊重した支援になっていない事例などがあった。

春山ら²⁾は、都市部の保健所での感染症集団発生時の保健活動の課題を8事例の分析により検討している。課題の1つに、倫理的配慮と個人情報の取り扱いについての関係機関とのルールづくりを挙げ、特に新型インフルエンザのような新興感染症については、病原性や感染経路等が解明されていないことが多く、人々の不安は増大しやすく、偏見や差別、風評被害が生じやすいこと、さらに関係機関との間で、個人情報の取り扱い等に関する認識の違いにより、報道提供の範囲が異なる場合に混乱をきたすことから、倫理的配慮と個人情報の取り扱いについて関係機関とのルールづくりが必要であること、について述べている。

児玉³⁾は、英米圏の文献レビューを通して公衆衛生倫理学の動向を検討しているが、その中で、公衆衛生の倫理における中心的な問題を3つ挙げている。1つめに、エビデンスの問題(evidence to action)すなわち科学的なエビデンスがどれだけあれば公衆衛生的介入をすることが義務になるかという問題、2つめに、アドボカシーの問題(the pitfalls and promise of public advocacy)すなわち公衆衛生的介入の必要性和科学者としての客観性や中立性との間のジレンマの問題、3つめに、個人の自由と共通善のバランス(the balance between individual freedom and the common good)の問題、

があるとしている。そしてこれらの中でも、公衆衛生領域において最大の倫理的問題は、個人の自由と共通善の対立であると指摘している。具体問題として、法律による道德の強制、健康と病気はどこまで個人の責任で、どこまでが政府の責任かという議論、当局による情報秘匿と健康リスクを知らせる義務、予防接種などの資源の分配的正義の問題、感染症の報告義務と守秘義務の対立の問題などを挙げている。

3. 主要概念⁴⁾⁵⁾

- ・人権：人間として社会において当然もつべき、また要求することのできる基本的権利。「自由権」と「平等権」の内容から成る。世界人権宣言（Universal Declaration of Human Rights；1948年第3回国際連合総会）の第1条には、「すべての人間は、生まれながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利について平等である」と謳われている。
- ・社会防衛論：「健康・正常」な社会構成員の生命・財産を守るためには「危険」とラベルされた（疾患を伝染させたり、犯罪を犯したりする可能性があるなど）社会的弱者を犠牲にしてもよいとする主張。
- ・スティグマ：身体上の奇形や機能的障害、性格上の特異性、人種・民族・宗教などの集団的特性など、認知可能なくしるしをもつて、ある社会集団がその人を「望ましくない」と価値づけるとき、そのくしるしをスティグマ（烙印）という。スティグマの理解において最も重要なことは、そのくしるしに付与された意味が社会的な関係の産物であるという点にある。
- ・偏見：先入的な意見や判断のこと。関連証拠を十分考慮することなく形成される。集団の構成員に関する好ましくない判断をさす。米国の心理学者オルポートは偏見を実際の経験以前のもしくは実際の経験に基づかない人や物に対する好ましいあるいは好ましくない感情と定義した。

事例

国内で新型インフルエンザの感染者が確認されてから3か月が経過し、全国的に小・中学生、高校生を中心に患者数が増え、流行期を迎えていました。A保健所においても、職員は、朝から晩まで次から次へと押し寄せる相談や苦情の電話対応に追われていました。

B保健師は保健師になって今年で5年目になります。ある日のこと、電話に出ると、小学生の子どもをもつという女性から、激しい口調で「子どもの同級生の兄がインフルエンザにかかったようだが、その親は弟を学校に通わせている。弟は今のところインフルエンザに罹患しておらず症状はないが、今後うつるかもしれない。保健所から弟を学校に行かせないように指導してほしい」と訴えられました。B保健師は女性に対して、インフルエンザの感染経路と予防策について伝え、そのうえで弟はインフルエンザに罹患していないため保健所から家庭に対して学校に行かないよう指導することはできないと話をしたところ、女性から「行政は危険な人を放っておいてよいのですか？感染が拡大したらその責任は誰が取るのですか？」と言われ、電話は切られました。B保健師は連日の超過勤務による疲労のうえ、このような理不尽な相談と苦情への対応で、やるせない気持ちになりました。B保健師は、どのように対応すべきであったでしょうか。（事例提供：井口紗織）

事例検討に役立つ問いの例

- ・電話をかけてきた女性の不安、脅威とは何か
- ・B 保健師が女性への電話対応において、やるせない気持ちになったのは何故か
- ・感染症の罹患者やその家族に対する偏見、その根底にあるものとは何か
- ・感染症の流行が社会（人々）に及ぼしている脅威・不安とは何か
- ・保健師は何に対して責任を果たさなければならないか
- ・電話をかけてきた女性の不安、脅威を軽減させる対応方法
- ・感染症の罹患者・その家族、および周囲の人々、それぞれの人権を守るために、保健師が重視すべき事柄は何か

文献

- 1) 岩村龍子：健康危機における倫理的課題と看護職の役割．岐阜県立看護大学紀要、10(2)、59-66、2010.
- 2) 春山早苗・山口佳子・櫻山豊夫ほか：都市部における感染症健康危機管理にかかわる保健活動．自治医科大学看護ジャーナル、8、133-150、2011.
- 3) 児玉聡：公衆衛生の倫理学（Public Health Ethics）とは何かー英米圏の文献レビューによる概説ー。
http://plaza.umin.ac.jp/kodama/bioethics/public_health_ethics_survey20060730.pdf(2013年8月28日調べ)
- 4) 医療人類学研究会編：文化現象としての医療．メディカ出版、1992.
- 5) 思想の科学研究会編：新版哲学・論理用語辞典．三一書房、1995.

もっと知りたい人のために

感染症の歴史

- ・加藤茂孝：人類と感染症の歴史ー未知なる恐怖を越えてー．丸善出版、2013.
- ・山本太郎：感染症と文明ー共生への道．岩波新書、2011.
- ・立川昭二：病気の社会史ー文明に探る病因．岩波現代文庫、2007.

感染症と人権

- ・磯部哲：感染症患者の強制隔離・長期入院の仕組みをめぐる諸問題ー法律家の立場からー．複十字、No. 333、p16-17、2010.

(宮崎美砂子)

単元7 保健医療福祉の地域格差

I. 公衆衛生看護実践を取りまく社会的状況

都市部への人口流入が進み、様々な経済活動が都市部に集中している現在、山間部や島嶼や離島などのへき地では、限界集落という言葉もあるように、過疎と高齢化が生活の成立に直結する深刻な問題となっている。このような地域の特徴には、保健医療や福祉分野のサービスを受けようとする場合には、地域内の資源には限りがあるが、昔から自給自足（自助）の生活を続けており、住民同士の支え合い（共助）によるインフォーマルサポートが生活基盤を支えていた。しかし、人口規模の縮小や後期高齢期に人口が偏ることにより、その生活形態が保持できなくなってきた。そこに、公助の役割が求められる。公的資金を投入する場合にはその特性から、合理性が重視されるため、住民が一定の設備機器と専門職が配置された病院や施設等を利用する場合には、地域の外に出ることを余儀なくされることが多い。鹿児島県十島村（外海遠洋離島であるトカラ列島）では、医師不足、社会資源不足、遺体処理の問題などから、島民は最期を迎えるときには、長年住みなれた島を離れなければならない現実がある（白川他,2010）。

一方、都市部では、医療難民や福祉難民といった言葉があるように、人口規模の増大に伴い、保健医療福祉のニーズの増大に対応しきれない状況が生じている。多くの医療機関がありながらも、全体としての連携・調整がとれていない現実に、住民が適切な医療につながるまでに時間を要し、命を落とすなどの事態も続いている。大学病院（医師数 1,000 人・ベッド数 1,300 床）の前で交通事故にあった女子高生が救急車で別の病院に搬送され、3 時間後に死亡したという事件にもみられるように、大都市の医療網の中にも、「社会的へき地」がぼっかりと洞のように穴をあけている（色平&山岡,2005,p32）。また、高齢者の介護施設や入所施設の空きがなく、施設での介護を希望しても、在宅療養を選択せざるをえない状況に、本人や家族の QOL が著しく低下しているという場合も少なくない。都市部では、住民同士の関係も薄く、必要な情報を得ることができず、支援を求めることもできないままに、問題を抱え込んだまま埋もれている住民（個人・家族）も多く存在する。高齢者や単身者の孤独死やこどもの虐待、思春期や青年期の引きこもりや DV など、社会的な問題になっている。

住民の日常生活に一番近い立場で、平常時から危機的状況下まで、保健医療福祉に関するサービスを住民に提供している保健師は、このような社会的弱者の存在に目を向け、SOS のサインを捉え、コミュニティの構造や資源の状況をアセスメントし、その地域の特性に基づいたケアシステムをマネジメントする役割をもつ。

II. 地域ケアマネジメント

住民の QOL（Life：生命・生活・人生）にかかわる地域ケアシステムをその地域の特性に応じて統合的に整備し、有効に運用することは、保健師の役割である。その役割は、二つに大別できるが、国策のもとに、①②は連動しながら機能する必要がある。都道府県の保健師と市町村の保健師が協働することによって実現する地域ケアマネジメントである。

①都道府県の役割：国策に基づき、②の市町村の特性や状況に応じて、一次医療圏、二次医療圏、三次医療圏という広域的なネットワークの整備、およびそのために必要な財源確保、ハード面・ソフト面の整備（施設整備・人材育成・連携体制と方法の整備など）を推進するケアシステムのマネジメントである。

②市町村の役割：住民の日常生活レベルのニーズという視点から、一次・二次・三次医療の質を評価・改善するために、関係機関・専門職によるケアマネジメントの蓄積から、その地域固有の問題を抽出し、①に反映させながら、ケアの質を保障するためのシステムを充実させるケアシステムのマネジメントである。

さらにケアシステムの運用においては、ハード面の整備・充実だけでなく、ケアの質にかかわる連携やネットワークの質を担保する人的資源の能力開発において、職種や立場・役職

に応じた倫理的能力を継続的に維持向上させる仕組みが必要である。同時に、その地域の特性に基づいたケアシステム全体として、職種を超えて専門職同士が倫理指針を共有するための取り組みも必要である。

Ⅲ. 格差と差異と QOL

格差とは、標準値や比較の対象があり、その差に着目して、そこに不利益が生じている場合に使われる言葉である。近年、社会疫学の領域では、国内外の研究において社会格差と健康との関係に焦点が当てられ、個人や家族、地域社会の健康に影響を及ぼす社会的要因に関する理解や因果関係の解明も進みつつある(近藤,2006;川上他 2006)。これらの研究では、健康の格差について、寿命や健康寿命、高齢期の歯の数、自立度、認知症やうつ傾向、閉じこもりなど、特定の指標を用いて測定し、社会的な要因によるグループの間でその差を比較している。実際には、それぞれの地域の経済や文化的背景により、刻々と変貌を続ける社会の特性や個人の特性において既知と未知の媒介変数が生涯を通じて複雑に絡み合いながら蓄積・影響し、健康の差異を生み出している。保健師は、その地域に生じている健康の差異を敏感に察知し、住民の QOL との関係を査定しながら、不利益がある場合には、その格差についてアセスメントし、改善のために住民・関係者と共に社会的要因に働きかける役割を担う(大森,2010)。

ひとつの地域は、ひとりの人間と同じで唯一無二の存在である。人間の一人一人に人格や個性があるように、地域にもそれぞれに固有の特性がある。物理的・自然的環境、人口構造や産業だけでなく、様々な地域を構成するマクロ～ミクロレベルの要素には無数の差異があることは、自明のことである。さらに、地域の人々の動的な構造において展開される連帯性には、風土的・歴史的(空間的・時間的)な構造基盤が存在する(和辻,1979)。文化に着目し、格差という現象を捉えようとする場合、何をもちて QOL (生命・生活・人生の質)や医療の質やケアの質の高低を測るか、何をもちて標準値とするか、文化的な固有性をどのように考慮するか、どのようなグループ間・地域間で比較すべきか・どのように比較するか、それは比較できることなのかなど、議論すべきことがたくさんある。地域の特性や状況に基づき、社会的弱者をどのように見出すか、何をもちて保健医療福祉の格差と見なすか、その地域の上位システム・下位システムも含めた議論も必要である。

Ⅳ. 格差と差異の両方に着目することの重要性と意味

1. 「基本的人権の尊重」と「法の下での平等」

日本国憲法(1946年)では、第11条に基本的人権が示され(国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与えられる)、第13条の個人の尊重、生命、自由・幸福追求の権利の尊重(すべての国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大限の尊重を必要とする)、第14条の法の下での平等(すべての国民は、法の下に平等であつて、人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的または社会的関係において差別されない)と続く。ここからいえることは、住民は基本的人権が平等に保障されなければならないということである。

世界人権宣言(1948年国連総会)の第22条には、「すべての人は、社会の一員として、社会保障を受ける権利を有し、かつ、国家的努力及び国際的協力により、また、各国の組織及び資源に応じて、自己の尊厳と自己の人格の自由な発展とに欠くことのできない経済的、社会的及び文化的権利を実現する権利を有する」と明示されている。ここいえることは、住民が有する尊重されるべき人権には、「社会の一員として社会保障を受ける権利」と「自己の尊厳と自己の人格の自由な発展とに欠くことのできない社会文化的権利を実現する権利」があるということである。

保健師は、何処でも誰でも同じ水準・量・形態の公的サービス(保健医療福祉)を提供で

きる地域ケアシステムを整備することに囚われず、その地域の人々の社会文化的権利を実現するための社会保障について、住民と共に「自分たちの命・生活・人生の尊厳（QOL）」にかかわる倫理的課題として探求しなければならない。

2. 看護職として「権利を擁護する環境をつくる」ということ

看護職の判断・行動の基準である ICN の看護師の倫理綱領（2005 年改訂）には、「看護師は看護を提供するに際し、個人、家族および地域社会の人権、価値観、習慣および精神的信念が尊重されるような環境の実現を促す」と明文化されている。日本看護協会の看護者の倫理綱領（2003）の前文には、「看護は、あらゆる年代の個人、家族、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通して最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行うことを目的としている。看護者は、看護職の免許によって看護を実践する権限を与えられた者であり、その社会的な責務を果たすため、看護の実践にあたっては、人々の生きる権利、尊厳を保つ権利、敬意のこもった看護を受ける権利、平等な看護を受ける権利などの人権を尊重することが求められる」とある。条文には、「看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する」と明記されている。

人々が生涯を通して、最期までその人らしく生を全できるように支援する保健師にとって、その地域で日々の暮らしを営む個人、家族と社会の人権、価値観、習慣や精神的信条が尊重される環境の実現を促すことは、人々の権利を擁護する環境をつくることであり、そのことによって社会的な責任を果たすことになる。

3. 文化的安寧（安全・安楽）を保障するケアシステム

地方自治法第 1 条の 2 には、「地方公共団体は、住民の福祉を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担うものとする」と明示されている。その地域にある現在ある資源を最大限に運用し、その地域の状況に応じて新たな資源の導入や開発（遠隔システムを用いた診断ツールや専門職への条件付きの権限付与（特例化）などに取り組むなど）に取り組むなど、保健医療福祉のレベルを全国平均までもっていく活動は重要である。その一方で、地域の住民の福祉を図ることを基本として、総合的に地域ケアシステムをマネジメントする保健師（看護職）として重要な倫理的な姿勢は、ケア提供者とその地域の住民の間に存在する文化的差異による価値観のちがいがあつたことを常に意識することである。

文化的差異を意識するによって、住民の文化的安寧に着目して議論することが可能となる。保健医療福祉の専門職の価値観に基づくと、患者や利用者は容態に応じて必要にスムーズに最先端の医療を受ける（終末期・危篤時・出産時など含め）、医師による死亡診断をスムーズに受けるなどのことは、当然のことであり、この当然の権利を守るという方向に意識が働き、その観点から悩むことが多い。しかし、都市部の保健医療福祉のニーズや事情が異なる地域で暮らしている住民にとって、それらは当然のことではない場合もある。

へき地の集落において、本人と家族にとって経験したことの無い事態（人生において重要な局面である場合が多い）に、ケア提供者にとって当然の権利を擁護するためのルールに則り、本人だけが地域の外に連れ出されることがあつたとしたら、その地域で大切にされてきた人生の重要な局面を家族や近隣で共に迎え、悲しみや喜びを乗り越える機会を奪う可能性もある。さらには QOL やケアにかかわる文化の伝承を閉ざす可能性もあり、このとは倫理的問題でもある。

文化の理解は、ケア提供者が自分の意思で文化的な問題について学び、全てのケアの中で文化の重要性を組み入れて果たしていく過程であり、文化的に特徴のあるニーズに合ったサービスに適切していくことで達成できる（Anderson & McFarlen, 2004, p106-108）といわれている。地域の住民と保健師が、それぞれがもつ知識や技術を共有しながら、共に健康な生活を創出する活動に参画し、取り組むことが「格差」に挑むということであり、地域社会

を支援することであり、公衆衛生のケア形態でもある。保健医療福祉の格差を考える際には、マイノリティーである人々がもつ社会的弱者としてのニーズと文化的なニーズに目を向け、地域の住民と共に自分たちの文化的安寧（安全・安楽）を保障するケアシステムという観点から議論することも倫理的な実践として必要である。

事例

<事例1. 住み慣れた島で最期を迎えられない高齢者>

事例提供：八代利香（鹿児島大学医学部保健学科）

山形さん 83 歳は、本土から数百キロ離れた隔絶性の高い離島に、79 歳の妻と 2 人で住み、畑仕事をして生計を立てています。2 人の息子は中学校卒業後に本土の高校に通うため島を離れて以降、本土で職に就き家庭を持っています。山形さんは、持病に高血圧があり、月に 1 回へき地診療所へ通い、常駐している看護師による血圧測定と、定期薬の服用にて安定していました。この島に医師は常駐していません。山形さんは生まれ育ったこの島でずっと暮らしたいと考えており、80 歳を過ぎた頃から「いつまで島に居られるのだろうか」と不安を口にするようになりましたが、これまで大きな病気をすることなく暮らしていました。

ある日、山形さんが畑に行ったまま、昼食の時間になっても帰ってこないため、妻が畑に見に行くと、畑で倒れている A さんを見つけました。妻はすぐにへき地診療所に連絡し、看護師に来てもらいました。看護師はヘリ搬送が必要と判断したが、ヘリ搬送の判断は医師に委ねられているため、島を巡回診療する担当医師に連絡をするとともに、消防団と役場に応援を依頼しました。山形さんは心肺停止状態であり、看護師は「もう助からないかもしれない」と思いながらも、ヘリを待つ間懸命に蘇生を続けました。その様子を見ていた妻は、「もういいです。ここで死なせてやってください。この人は島で死にたいといつも言っていました。それだけがこの人の望みでした。ヘリには乗せないでください。」と看護師に懇願しました。しかし、看護師が死亡診断をすることはできません。また、島には火葬場などの遺体処理の施設もありません。たとえ亡くなっていたとしても、搬送は必須であると判断した看護師は、本人と家族の希望を叶えたいと思いながらも、「あきらめないでください。助かる見込みはありますから」と言うことしかできませんでした。

<事例2. 家族と離れ一人で妊娠後期を過ごさなければならない妊婦>

事例提供：八代利香（鹿児島大学医学部保健学科）

秋田さんは 27 歳女性で、初回の妊娠です。本土から数百キロ離れた隔絶性の高い離島で、夫と 2 人で暮らしています。秋田さんと夫のそれぞれの両親も島で暮らしています。島にはへき地診療所はあるが、医師も助産師も常駐していないため、妊娠 8 ヶ月になると島を離れ、本土に渡らなければならないという決まりがあります。本土に親類や知り合いがいる場合は、そこに滞在させてもらう人もいますが、B さんには本土に暮らしている親類や知り合いはいません。そのため秋田さんは、島民が割安で宿泊できる施設に滞在することになりました。

妊娠 8 ヶ月を迎えたある日、秋田さんは本土に渡り、施設での生活を始めました。ここで二ヶ月間を一人で過ごさなければなりません。夫と両親は仕事があり、滞在費もかさむため、秋田さんを施設に連れてくるとすぐに島に帰って行きました。これまでも検診の度にフェリーで本土に渡っており、島民への割引はあるものの、ずいぶんと費用がかかっています。施設にはキッチンがついていますが、費用のことを考えると贅沢はできません。慎ましやかな施設での生活が 1 ヶ月を過ぎた頃、秋田さんは初めての妊娠で見知らぬ土地に一人である不安から、どうしても家に帰りたくなり、フェリー乗り場まで行きました。しかし、お腹の中の赤ちゃんにもしものことがあったらと考えると、フェリーに乗ることはできませんでした。

事例検討に役立つ問いの例

1. この島の保健医療福祉制度には、どのような問題があるか
 - ・看護師は、なぜ自分の思いと葛藤しながら、住民を搬送する判断をしたのか
 - ・看護師が判断の基準とした規則は、誰が何をもとに決めた規則なのか
2. この状況において、誰にどのような不利益を被っているか
 - ・高齢者や妊産婦は、家族と離れ島の外に連れ出されることを望んでいるのか
 - ・島で暮らす住民にとって、大切なことは何か・何が幸せなのか
3. 文化的安寧を保障するケアシステムとはどのようなものか
 - ・長い時間をかけて風土の中で培われてきた島の暮らしの文化とはどのようなものか
 - ・島の暮らしの文化を配慮した制度（規則）といえるか
4. 倫理的環境を創り出すために、この島の保健師として何をすればよいか
 - ・格差と何か、格差は何によって／誰によって生じているか
 - ・関係者は島の住民の声に耳を傾けているだろうか・住民の声を価値づけているだろうか
 - ・制度（規則）を変えるには、どのような機関・職種・住民・関係者と協働が必要か

学習課題

1. 最近、あなたが格差を感じたことをあげてみましょう。
2. あなたの住む地域で他の地域との格差を感じることをあげてみましょう。
3. なぜそのように感じるのでしょうか。格差の根源について考えてみましょう。
4. あなたにとって文化的に安寧である状態について考えてみましょう。
5. 保健師として、地域格差に対してどのように向き合っていけばよいのでしょうか。

文献

- ・ 白川真紀, 八代利香, 吉留厚子, 吉田愛知: 島民が住みなれた島で最期を迎えることのできない要因と課題, 日本看護倫理学会誌, 2(1), 30-34, 2010.
- ・ 色平哲郎, 山岡淳一郎: 命に値段がつく日, 中央新書, 東京, 2006.
- ・ 近藤克典: 健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか, 医学書院, 東京, 2006.
- ・ 川上憲人, 小林廉毅, 橋本英樹 (編): 社会格差と健康格差—疫学からのアプローチ, 東京大学出版会, 東京, 2006.
- ・ 大森純子: 「格差」に挑む看護職の責務と方法, インターナショナルナーシングレビュー, 33(5), 44-50, 2010.
- ・ 和辻哲郎: 風土—人間学的考察, 岩波文庫, 東京, 1979.
- ・ Anderson, E. T. & McFarlane, J. (ed.): Community as Partner—Theory and Practice in Nursing 4th Edition, 2004/金川克子, 早川和生 (監訳): コミュニティ・アズ・パートナー—地域看護学の理論と実際 第2版, 医学書院, 東京, p106-108, 2007.
- ・ ICN 看護師の倫理綱領 (2005年改訂)
- ・ 看護者の倫理綱領 (日本看護協会 2003年)
- ・ 日本国憲法 (1946年)
- ・ 世界人権宣言 (1948年国連)

(大森純子・八代利香)

ご使用の際は、ご一報ください。
kankyou@ac.jp