

最終講義抄録



公衆衛生看護活動の過去・現在・未来

奥野ひろみ

信州大学医学部保健学科看護学専攻

奥野ひろみ 教授 略歴

[履歴・略歴]

- 1979（昭和54）年 看護婦免許取得
- 1980（昭和55）年 保健婦免許取得，養護教諭一級普通免許修得
- 1984（昭和59）年 精神保健相談員取得
- 1992（平成4）年 東洋大学社会学部社会学科卒業
- 1998（平成10）年 東洋大学大学院社会学研究科福祉社会システム専攻修士課程修了
- 2007（平成19）年 東洋大学大学院社会学研究科社会学後期博士課程修了

- 1980（昭和55）年 東京都中央区中央保健所予防課勤務
- 1991（平成3）年 東京都中央区日本橋保健所予防課勤務
- 1991（平成3）年 国際協力事業団（現国際協力機構）青年海外協力隊専門委員（保健師）
現在に至る
- 1993（平成5）年 国際協力事業団インドネシア家族計画母子保健プロジェクト母子保健
専門家として派遣
- 1998（平成10）年 静岡県立大学看護学部看護学科講師
- 2007（平成19）年 静岡県立大学看護学部看護学科准教授
- 2009（平成21）年 信州大学医学部保健学科教授

公衆衛生看護活動の過去・現在・未来

奥野 ひろみ

信州大学医学部保健学科看護学専攻

「公衆衛生看護活動の過去・現在・未来」として最終講義を行うこととした。この講義資料を作成することにより自身が歩んだ道がどこから続いており、どこに向かおうとしているのかを確認する作業としたい。

1 日本における公衆衛生看護の始まり

1911（明治44）年、日本の社会事業の父と言われている生江孝之が、「巡回看護婦事業」（慈善第3編）という著書の中で、ロンドン・ニューヨーク・シカゴなどの保健師活動を日本に紹介している。巡回看護婦とはイギリスの District Nursing（1862年～）、アメリカの Visiting Nurse をさしている。当時の看護婦はほとんどが医療機関に属しており、わずかに存在していた派出看護婦会は、限られた階層にのみ利用されており、一般家庭の患者には質の低いケアの提供がなされていることを指摘した。

1918（大正7）年、第一次世界大戦後に、米の輸入量が減少したことなどで米価上昇があり、米騒動が起こる。その結果経済的困窮者が増加し、慈善的な活動として、福祉的要素と医学的要素を含んだ巡回看護が盛んになっていく。具体的には、1917（大正6）年、東大キリスト教会の学生の健康相談所・法律相談、1919（大正8）年の東京賛育会 巡回産婆事業、1921（大正10）年の大阪堀川乳児院での妊産婦相談、乳児の家庭訪問などである。

1923（大正12）年、関東大震災発生後、訪問看護が開始される。都市部においては、済生会巡回看護事業、1927（昭和2）年の聖路加国際病院公衆衛生部の訪問事業、1928（昭和3）年には日本赤十字大阪支部病院で産部・乳児部の外来相談開始や看護師が家庭訪問をおこなうなどがある。

1930（昭和5）年には、大阪朝日新聞社社会事業団の公衆衛生訪問婦協会の地区訪問活動を開始した。この活動は、保良セキ（コロンビア大学の師範科卒）がニューヨークの実習地でのセツルメント活動を学び帰国したことで開始されている。保良がアメリカに学んだ時代は第1次世界大戦後の1920年代であり看護教育では公衆衛生看護婦（Public health Nurse）の教育の

質の向上、基準化が熱心に議論、改革された時代だった。訪問婦として遭遇する社会的課題に順応できるような理論と実践の教育が行われた。

セツルメントとは資本主義が生み出す貧困に対して、宗教家や学生が都市の貧困地区に自ら居住して宿泊所、託児所、教育、医療活動などの社会事業を行う活動で、19世紀にイギリスで始まっている。具体的な活動は、牛乳の配布、給食、生活費、医療費などの支援や社会事業活動、料理教室などの集団を対象とした地域全体の保健教室などであった。

一方農村部においては、1935（昭和10）年に北海道済生会巡回看護事業として、道内の無医村無産婆地区出身の女子に、看護師教育（2年間）を授け出身地に配置するや、1935（昭和10）年、東北更新会の保健婦巡回産婆などが開始された。これらは、恐慌と凶作により農民の生活は著しく貧しいなかで、乳幼児死亡率、結核、腸チフス、トラコマなどの健康問題に対応。社会事業的な色合いと医療を結び付ける看護婦で在宅の患者への看護提供が主な仕事だった。

このように保健師活動は初期の時代から、看護・医療の視点に加え福祉的要素を含み、健康と社会的生活上の課題解決活動として発展した看護であり、その視点は現在にも受け継がれていると言えよう。

2 様々な活動の統一

昭和10年以降、様々実施されていた活動の統一が図られ制度化されていく。1935（昭和10）年、聖路加国際病院と文部省との連携により東京市特別衛生地区保健館を京橋地区に設置される（現 中央区中央保健所）。1937（昭和12）年に保健所法が施行、1941（昭和16）年には保健師規則が制定される。

第2次世界大戦後の1957（昭和22）年にGHQ（連合軍司令部）の指令に基づく保健所法の改正が行われる。アメリカの保健婦をモデルに家庭看護が強調され「保助看護には厚生労働大臣の免許を受けて、保健婦の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者」となった。

3 高度経済成長時代とプライマリヘルスケアの登場

戦後の感染症の時代から1955（昭和30）年頃より母子保健・成人老年保健・精神保健・難病対策と行政や医療中心の活動が打ち出され各地に広がる。

その中で1976（昭和51）年、イバン・イリッチ（ウィーン生まれ 自然科学・進学・哲学・歴史学者）が「医療の過剰が健康に対する主要な脅威となりつつある」と高度管理社会における根底的な医療批判の書「脱病院化社会—医療の限界—」を出版し、医療中心のシステムからの脱却を訴えた。

ほぼ同時期に1978（昭和53）年、WHOよりプライマリヘルスケア（PHC）の理念が示された。この理念は開発途上国という医療システムが脆弱な国においても保健分野の活動がうまく機能している7か国の状況分析によって導き出された実証的な理念である。健康であることを基本的な人権として認め、全ての人が健康になること、そのために地域住民を主体とし、人々の最も重要なニーズに応え、問題を住民自らの力で総合的にかつ平等に解決していくアプローチである。PHCの理念を最も簡明に示しているのは、国際医療の父と言われるD. ワーナーの著書の題名ともなった、'Nothing about us without us'（私たちに関係のあることは私たちなしで決めるな）という当事者主権の考え方そのものであり、A. トフラーが1980年「第三の波」に書いた、プロシューマ（生産＝消費者）の価値観とも結びついている。

外国からの研修生のために、JICA（国際協力機構）が作成した日本での3つのPHC活動紹介のビデオがある。

1 長野県須坂市の保健師の活動。これは墮胎法（現母体保護法）が成立した直後、急激に墮胎件数が増加、これに対して保健婦が墮胎による健康問題や避妊の方法を住民に提示、避妊具の購入システムの導入を行っている。その後有名な保健補導員活動へと繋がっていく。

2 広島県呉市の蚊やハエをなくす運動では、住民参加型で、蚊が発生する竹やぶの管理やトイレの蓋の設置。ネズミの駆除では、最もネズミを駆除した地域に現パナソニックからTVの寄付を取り付け、活動を成功させている。

3 岩手県澤内村は、冬は雪によりバスの通行が止まる地域。乳幼児が死亡すると、死亡診断書を書いて

もらうために町まで亡くなった子どもを背負っていくという、貧困な豪雪地帯であった。村長は医師で積極的に母子保健を推進し、加えて村の半分の予算を使いブルドーザーを購入する。このブルドーザーは、冬は雪かきに用いられ冬期のバス路線路を確保、春から秋にかけては開墾に使い経済活動に寄与している。

これらは、住民組織の育成、住民のエンパワメント、ニーズとデマンドをすり合わせた活動、新しいシステムの導入、社会資源（企業含む）との連携、資源の有効活用、環境の整備といった内容が含まれている。

1980年代に地域で様々な組織活動が実施されている。私が勤務していた東京都中央区でも、精神疾患を抱え生活をしている人々の家族会を立ち上げ、保健所でデイケアを開始し、家族会を後押ししながら作業所の開設を実施した。その後、現行のように精神疾患患者のデイケアは医療の枠組みで病院へ移行していく。この動きは、保健婦たちが3次予防として生活者の視点で課題を可視化し、各地で先駆的に活動を行い、それが制度化されるという、シーズを見つけ出しボトムアップの活動から事業化・施策化するという過程であったと考える。

4 ヘルスプロモーション・IMFの時代

2000年から開始された健康日本21、健康日本21（第二次）によって、様々な健康課題が抽出され、法令や通知によって1.2.3次予防の約45の活動が、県・市町村の保健分野におろされた。具体的には厚生労働省・内閣府・総務省・文部科学省より、健康づくり計画の立案実施評価、児童虐待に関する母子保健業務、生活習慣病予防対策、高齢者保健福祉施策、自殺対策などである。

この急激な保健事業の増加により、保健師たちの活動はPHC時代のボトムアップのアプローチからトップダウンのアプローチへと変化していく。このことは公平な公衆衛生活動の均てん化という視点で捉えれば有効ではある。しかし、各自治体の持つ健康課題を明らかにし、自分たちで解決の優先順位を決定し事業化や施策化をはかるといった個別性のある活動への着手が時間的にも困難になるという、負の部分も持ち合わせていたと考える。

PHCの理念が1986年にWHOで採択されたヘルスプロモーションに受け継がれ、日本や経済先進国・開発途上国においても保健分野の活動の重要な位置づけとなっていることは言うまでもない。ヘルスプロモ-

ションは、生活の環境を変えることで、地域集団全体の健康度を高めていこうという考え方である。1920年代の現在、社会疫学の進展によって健康の社会的決定要因の見える化が進み、健康の2極化が問題視され、ターゲット集団の絞り込みに必要な研究が進んでいる。しかしその結果を用いて、地域で活動を展開するには画一的な活動では効果が上がらない。各地域の持つ特徴に合わせた個性のある活動が効果を示すこととなるのだが、前述したようにボトムアップによる事業化や施策化が行われにくい時代が続いたことにより、保健師内で経験値や暗黙知を形式知にして受け継ぐことなく現在に至っていること。また保健分野が教育や経済などの他分野と協働するという新しいスキームを使いこなすことができない状況にあるのが現在の問題と考える。

5 これからの保健師活動

現在、公衆衛生看護の目的は「地域で生活をしている人を対象とし健康課題（潜在・顕在）を見出し、健康の維持・増進・疾病の予防・疾病からの回復を支援すること。支援は個人・家族・地域集団がそれぞれの健康問題に関心を持ち、自らの手で社会資源を有効に活用し、問題解決できるように、日常生活を整えること」とあり、支援は住民主体の活動によるエンパワメ

ントが基礎にあることを示しており、ヘルスプロモーションの理念と合致することである。また、米国公衆衛生協会公衆衛生看護部会提言書（1996年）では、「保健師の活動は看護学・社会学・公衆衛生学による知識を用いて、集団の健康の増進と保護を図る活動のことである。」と示されており、学際的な視点と知識、それらを実装する能力が求められているといえよう。先述した現場の課題を含め、より実践力を高めるための教育の視点を4つ提案したい。1. 問題のシーズから保健統計学とインタビューによる量と質のデータの分析から、生活者の視点で地域に即した潜在的・顕在的健康課題を見つける力を獲得する。2. 行動経済学・組織運営学・社会心理学等をベースにして、企画運営する力を身につけ地域の健康課題を解決する能力の獲得。3. 医学的な判断と生活を捉える看護・福祉的判断を統合したアセスメントスキルと対象をエンパワメントするスキルにより個人や家族の健康課題を解決する能力。4. これらを統合できるマネジメントする能力と考える。

これらを備えた高度な実践能力を持つ保健師の輩出を大学院化により進める必要があるだろう。現在、看護学専攻では保健師・助産師課程の大学院化の作業が進んでいる。次世代を担う先生方に期待し、この原稿を締めくくることとする。