

カナダにおける健康格差を是正する看護職の教育

岩本里織, 小倉弥生

神戸市看護大学

キーワード：保健師教育、健康格差、アクセスと公平性、公衆衛生看護教育

Community Health Nursing Education to Improve Health Disparities in Canada.

Saori IWAMOTO, Yayoi OGURA

Kobe City College of Nursing

Key words : Public Health Nurse, Community Health Nurse, Health Disparities, Public Health Nursing Education, Access

1. はじめに

日本では、近年健康格差の拡大が顕著（近藤, 2007）となっている。公衆衛生看護を担う保健師は、すべての人々の健康を守る権利を保障するため、健康格差を是正するため個人や家族、地域に働きかける支援や政策づくりなどの活動が求められる。しかし、日本ではこれまで健康格差への対応や対応する力を育む実践と教育について十分な方法論が構築されていないのが現状である。

著者らは、日本における住民のアクセスと公平性をいかに保証するか、中でも健康マイナリティと言われる人々をいかに把握しサービスにつなげていくかに関心を持っている。カナダでは、健康マイナリティへの支援が充実しており、コミュニティヘルスナース実践基準（Community health nurses association of Canada, 2003）に、「アクセスと公平性の推進」が位置づけられ、その能力の教育や実践が行われている。このことから、先進地であるカナダのブリティッシュコロンビア州（BC州）にあるビクトリア大学にて、「アクセスと公平性を推進する」看護能力を向上させるための看護教育の実際を視察したので報告する。

なお本報告では、「アクセス」を対象者と保健福祉医療従事者との双方からの接近のしやすさや、対象者から保健福祉医療に関する社会資源への接近のしやすさとする。

2. カナダのコミュニティヘルスナーシングに関する教育と活動の概要

1) コミュニティヘルスナーシングの教育の概要

カナダでは、日本の「保健師」に類する資格はない。コミュニティヘルスナーシング教育の現状は、日本における看護師と保健師の統合教育と類似しており、大学における看護基礎教育にて地域で活動する上で必要な知識と技術が教育されている。4年間の看護基礎教育終了後に、コミュニティヘルスナースとして就職することが可能である。訪問したビクトリア大学では、卒業時にコミュニティヘルスナースとして就職する学生は1割程度であるという。しかし、コミュニティヘルスナースとして働くには、乳幼児や妊産婦の健康状態をアセスメントできる力、妊婦の経過などの多様な知識が必要であり、大学卒業後にすぐにコミュニティヘルスナースとして働くことは、困難を要するということであった。この教育現状は日本の保健師教育の課題と共通するものである。

2) コミュニティヘルスナースの活動の概要

カナダは、他国からの移住が多く、バンクーバーでは住民の40%がアジア系移民であり、移民の健康問題も大きい。カナダは、先住民も多く居住しており、差別・偏見や、先住民の健康問題や就労・経済問題等があるという。以上の背景があるために、カナダにおける公衆衛生活動は、健康の公平性を意図した働きかけがされている。今回、訪問したビクトリア地域でも、ホームレス問題、特にホームレスのエイズ問題や先住民の健康問題などがある。

次に、カナダにおけるコミュニティヘルスナースの活動内容について述べる。コミュニティヘルスナースは地域住民のヘルスプロモーションを担っている。活動の対象は、子どもから高齢者までの個人や集団等である。その活動の場は、保健所やコミュニティセンター、学校、町のクリニック、青少年センター、さらに看護地域連携室などである（平野, 2007; 中山, 2004）。

我々が訪問した「Sook Family Resource Society」は、バンクーバー島ヘルスオーソリティが設立している Sook 地域の家族支援施設であり、子育て支援活動を中心に展開していた。そこにはコミュニティヘルスナースが 1 名常駐していた。彼女の活動は母子保健を中心とした家庭訪問や乳幼児健康診査、予防接種等であった。

3) コミュニティヘルスナース実践基準と教育への活用

前述したようにカナダでは、コミュニティヘルスナース実践基準が、カナダ地域保健看護協会（CHNAC）の後援を得て地域保健看護師代表者委員会によって作成されている（Community health nurses association of Canada, 2003）。この実践基準は、実践の質の高いケアから抽出され、地域看護職の使命、地域看護職の信念と価値、地域看護実践モデル、実践基準等が明確にされている。我々の視察コーディネーターであるビクトリア大学 Dr. Marjorie は、この実践基準に基づいた学士教育を行っているという。彼女は、こ

の基準はすべての公衆衛生看護従事者が卒業時点で到達すべきものであり、学士教育の中で教授され、修得されるものである、と考えているとのことであった。（なお、2003年に作成されたものは、2008年に改定版が出されている。）

この実践基準は、①健康増進に関すること、②健康な地域づくりに向けた個人及び地域潜在能力を高めること、③関係性を高めること、④アクセスと公平性を推進すること、⑤専門的な責任と説明責任の明示、の 5 つの大項目があり、さらにそれぞれ下位項目で構成されている。「アクセスと公平性を推進すること」に関する下位項目は表 1 に示す（岡本, 2005）。これは、個人、家族、集団、地域のすべての人々のアクセスや公平性の保証を謳っており、特に病気や高齢、若年、貧困、移民、孤立あるいはコミュニケーション障害をもつなどの潜在的な弱者へのアクセスの保証やこれらの対象者の発見について強調されている。

3. ビクトリア大学のコミュニティをベースとした教育の実際

ビクトリア大学は 4 年制であるが、看護を学ぶ学生の多くは 3 年次に編入する。編入するまでの 2 年間は、カレッジで看護基本技術等を学習する。

コミュニティヘルスナーシングに関しては、3 年次から学習する。我々の視察時に開講されていた、3 年生科目の「コミュニティと社会の健康：Community and

表 1. カナダにおけるコミュニティヘルスナース実践基準：アクセスと公平を推進すること の抜粋

1.規範や価値、信念、知識、社会資源および権力行動を含む個人と地域の潜在能力を明確にし、理解すること
2.多様な地域や場面における文化に敏感なケアを提供すること
3.個/地域が、彼らの選択によってヘルスケアのオプションに選択できることを支援すること
4.個や集団、住民への健康状態とヘルスサービスへのアクセスを促進するために、適切な社会資源の配分を支援すること
5.保健およびその他の領域のサービスへのアクセスの問い合わせや調整または促進すること
6.個/地域のヘルスニーズを変容することに応じる実践を改善すること
7.生涯を通じ、また異なる環境においても、個人や地域に受け入れられ、彼らのニーズに応えられるプログラムと提供方法を確認し、提供するために、個人と地域がともに共同すること
8.サービスへのアクセスと潜在的に脆弱な住民層への健康支援を保障するために、家庭訪問や奉仕活動および対象把握のような戦略を活用すること(たとえば、病気の、高齢者、若年者、貧困者、移民、孤立もしくは意思疎通の障壁を持つ人など)
9.個人/家族/地域/住民への健康の機会における健康に関する決定要素の影響をアセスメントすること
10.健康の決定要素とサービスへのアクセスに関する法律をつくらせたり、施策を立案する活動に参加することによって、健康的な公的政策を支援すること
11.サービスのギャップや利用上の問題を明確にするために、組織や市町村、州、および連邦政府レベルの個人/地域のために、また、彼らとともに行動をおこすこと
12.健康の決定要素と地域サービスにアクセスすることに関する改善/進捗をモニターし、評価すること

出典：岡本,2005

Societal Health」と4年生科目の「看護リーダーシップ：Leadership in Nursing」が、主にコミュニティナーシングについて学ぶ科目となっていた。視察時に参加した各科目の内容について紹介する。

1) コミュニティと社会の健康

(1) 「コミュニティと社会の健康」授業の概要

3年生で履修する「コミュニティと社会の健康」では、包括的な健康問題の理解と、地域社会の健康促進に関する講義が展開されていた。その中では、地域に対する理解を深める学習、健康を視点とした社会や環境の見方の学習、エンパワメントや健康支援政策の構築に関する基本的な学習が進められる。地域および社会の健康促進における看護職の役割を学び、この単元以降に実施される地域社会を対象とした実習に繋げるための基本的な能力を修得することを目的としていた。さらに、社会において公正で公平な展望が望めるよう看護職として施策化について重要な働きかけができるような能力育成も含まれていた。また、地域力向上と健康増進に繋がるような調査実践方法についても学習していた。これらの教育により、政策立案や研究開発に関する能力育成も目的としている単元であった。

さらに、学んだことを発展的に展開する4年生科目の「地域社会の健康増進：Promoting health of communities and society（看護演習VI）」は、地域と社会の健康増進において、看護師が果たす役割について学ぶ単元であった。これには家族や集団および地域と社会を対象とした実習が含まれる。看護実習の経験を通して、地域における健康増進の実践と、総合的なチームワーク力の能力育成に繋がっていた。

(2) 「地域社会の健康増進」に関する授業の実際の場面

学生がグループとなり、本授業の最終的な成果物として、健康問題とその背景要因や対策を整理して、プレゼンテーション用にまとめたポスター（写真1）を作成し、授業時間で学生間において発表し合っていた。我々が訪問した時は、ちょうど、そのポスターを学生間で閲覧しあっているところであった。これ以前に学生たちは地域に出向いて、様々な地域の健康問題に関連する情報収集し、ディスカッションをしながら、問題を抽出していたという。

学生が互いに展示していたポスターの例としては、周産期における妊婦の健康に関するもの、産後うつ病などについての情報と啓発を促しているもの、性感染症に関して感染経路や免疫機構についてまとめられた

もの、学校保健に関するポスターなどがあり、多岐に渡っていた。学生は、各々が作ったポスターの前に立ち、どのような健康課題があるのかを発表し、お互いにディスカッションしていた。各々が調査した健康問題の発表を誇らかにしていた。

それらのポスターは、授業終了後には、学内の廊下に掲示され、授業成果として、披露されていた。

(3) 当授業に関する考察

健康格差の是正のために、健康問題とその背景を適切にとらえ、解決するための対策を構築していくことが必要である。本科目において、学生グループで、学生が捉えておきたい健康課題は決して大きなものではないが、地域にでて興味関心がある健康問題について焦点を絞り調査をし、その実態や背景を捉えていく力を形成することが出来ていると考えられた。また、この授業は単に受け身の講義ではなく、学生グループメンバーで主体的に考え行動して地域に出ることが不可欠であり、より実践的な教育となっていた。健康格差の是正のために政策策定や変革に向けた基礎的な能力の育成となるだろう。

2) 看護リーダーシップ

4年生では、「看護師の変革への影響：Nursing Influencing Change」に関する理論の習得、およびその実践演習「リーダーシップ活動：Engaging in Leadership」などが教授されている。

これらの科目のねらいは、学生が、変革理論、政策とヘルスケアの内容、看護のイメージ、多様な学問分野との協働関係、行動を起こすための変革戦略について学習することである。それに向けて、学生は看護職が地域社会の健康増進のための変革に影響を及ぼす方



写真1. 学生の発表資料

法について、地域をフィールドにし調査し実践するものである。看護職がカナダの医療制度の発展に重要な影響を与えるような方法や戦略を選定することが重視される。

この実践演習では、学生に、カナダの医療制度内の社会の健康促進の改善に影響を及ぼすことに従事する機会が与えられる。演習には、実際の実践現場の仕事について深い知識をもつ事業所のヘルスケア専門家がフィールドガイドを行い、学生の活動を支援し、学生の状況を日々フィードバックする。これにより学生は事業所や他職種と協働する姿勢や主体的行動力が身に付けられる。

(1) 実際の演習場面

当授業の一環で行われている学生が企画・実施したホームレスの HIV の感染予防に関するミーティングに参加した。

ミーティングでは、学生3名が、カナダエイズ協会の研修に参加し、ホームレスの HIV 罹患問題に関心を持ち、その問題解決にむけて、関係者との会議を企画・実施していた。その問題とは、ビクトリア地域のホームレスは、HIV や C 型肝炎など多様な病気に罹患しているものの、治療のために病院受診をしないというものであった。

ミーティングテーマは、「Health on the Margins: A Forum for Nurses on the Front-line」である。極めて社会の周辺的な地位に追いやられて、薬物等の依存性を持ちながら、生きる人々へ効果的なケアを提供するための試みや、予防方法について考えるものである。患者と看護師のために効果的な解決策を探究するために、本ミーティングが実施された。

ミーティングの会場は病院の1室を借りて行われ、参加者は18人であった。参加者の内訳はミーティングを企画した司会を務める学生が3名、学生が研修を受けたエイズ協会指導者（フィールドガイド）とビクトリア大学教員、病院 ER ナース、警察関係、ボランティアナースが12名であった。大学関係者以外の専門職は学生への教育のためのボランティアとしての参加である。

(2) 学生が企画したミーティングの様子（写真2）

最初に学生が作成したビデオ鑑賞を行った。ビデオの内容は、ビクトリア市のホームレスをストリートナースが支援する場を撮影しているものであり、ストリートナースは路上でホームレスの血液検査（エ

イズ、C型肝炎等の感染症の有無）をしていた。ストリートナースは、ホームレスに対して親しみを持ちファーストネームで呼んでおり、信頼関係が築けている様子であった。

ビデオ鑑賞の後に、フィールドガイドがディスカッションのファシリテーターを務めた。フィールドガイドの質問に対し、参加者各々の考えを紙に書き、それをもとに話し合いが行われた。その内容は以下のとおりである。

①「ビデオを見ての印象はどのようであったか。」という問いに対して、参加者からは「ストリートナースとホームレスとの関係が築けている様子である。」「ストリートナースとホームレスの会話から、ホームレスは隠れてドラッグを使っている」など、ブレンストーミング方式で学生や参加者各々が気づいたことを出し合っていた。

②「問題点は何か」の問いに、参加者からは「ホームレスに対して、レッテルを貼ってしまいがちである。」「警察等は、ホームレスに対して、ネガティブな反応をすることが多いため、ホームレスからの信頼を失っている。」「医療関係者も同様であり、ERにおいて、ホームレスは、『汚いと思われる』『差別されている』といった印象を受けているため、病院に行かない傾向にある。そのような固定観念が問題である。」ということが出された。

③「自分が、ホームレスの立場であったら、医療関係者に対する印象はどのようであるか。」という問いに、参加者からは「自分がホームレスであったら、医療関係者の指示はきかない。医療関係者は、患者をコントロールしようとしているように思える。さらに病院では、7～10時間も診察待ち時間があり、待てない。そのような中で、OPATという救急病棟を通らずに、必要な薬剤（例えば抗生物質）を処方してくれるようなクリニックもある。」ということが出された。

④次に、ER ナースの経験談を語ってもらった。語り手は、バンクーバーで ER ナースをしていたが、現在はビクトリアでボランティアナースをしているものである。その活動の中で、医療関係者の対応はとても悪いと感じたという。例として、糖尿病でフットケアが必要なホームレスの方を病院まで同行した際、病院の看護師は、彼に吐き気がするほど酷い言葉を投げかけたことがあることが挙げられた。自分も看護師であるが、この看護師のホームレスの方に対する対応を見

て、「酷い」と思った経験があることが語られた。

⑤上記のようなディスカッションの後、司会が学生に移り、これらの問題を解決するための戦略について話し合われた。

最初の段階として、学生がボランティアとして、診察待ち時間に、ホームレスに声をかけることが提案された。バンクーバーでは、看護師や医師、栄養士など多様な医療分野の職業を目指す学生が登録しているボランティアグループ (CHIVS) がある。このグループでは、約500名が登録しており、現在200名が活動している。この活動が、救急病院の待ち時間を減らす功績を生んでいる。このような活動をビクトリアにて実施してはどうかということであった。

さらに異なる案として、ホームレスの待ち時間を解消するために、クリニックの診療時間を深夜1時まで延長する案などが出された。

最終的にミーティング参加者によって提案された具体案には以下のようなものがあった。

- ・ホームレスの人が適切な医療を受けられるためには、政府から資金援助を受けることが必要。
- ・ホームレスはそれぞれ集落を作り生活しているため、集落ごとに全員が居住可能な施設を建設し、そこで生活できるようにする。
- ・救急病棟に犯罪学を学んだスタッフを配置し、レイプなどの犯罪の被害者に対するメンタルヘルスの支援を行う。

⑥ミーティングの評価

ミーティングの実施内容や方法を評価するために、最後に参加者へのアンケートを実施した。アンケート項目は、「対策を検討するための情報が十分であっ



写真2. 学生とディスカッションの記録

たか」、「ミーティングの進め方は良かったか」、「ミーティングでは意義のある内容が検討されたか」等であった。

(3) ミーティングに関する考察

学生が企画・実施したミーティングに、様々な専門職がボランティアとして協力し、真剣な討議がなされていた。この授業を通して学生は、コミュニティにおける健康問題を把握し、それらを解決するための方策を考え、実践し、それを評価するというプロセスをたどることができていた。さらに学生たちは真剣に健康問題に向き合い自分たちで解決に向けて考え主体的に動き、主体的な行動力を育成することにもつながっていた。これらは、コミュニティの問題を解決するためのプロセスの理解と、必要な他職種と協働し考える力の育成、健康の不平等にある人々へ実際の支援を経験する重要な機会となるに違いない。そのような教育を受けた看護職は、卒業後も健康格差による不平等を是正するために声をあげ、地域のリーダーとして主体的な活動をしていけるであろう。

ボランティアで参加した病院や地域で働く専門職にとって、学生と共に活動することは、ホームレスの健康問題など現在地域の人々が直面している健康問題に気づき考える、さらに解決に向けて対策を取る機会となるだろう。学生の演習が単なるボランティアとして参加するだけではなく、病院や地域における、実際の現場の問題解決のきっかけとなる機会になっていると考えられる。前述のように、今回のミーティングに参加していたER ナースは、HIV 罹患したホームレスに対する看護職の対応は自分自身の問題でもあると捉えて、真剣に考え意見を述べていた。このようなミーティングに参加することによって、ボランティア自身の行動を変えることも可能なのではないかと考える。

日本であれば、このように多くの専門職がボランティアとして参加する体制が作れるかを疑問に感じたものの、カナダでは人々のボランティア精神が高く、こういったことに参加するという意識が根付いているとのことであった。

3) 先住民と協働した教育プロジェクト例

(1) プロジェクトの主旨と概要

地域の健康格差を是正するために、大学が地域と共同しながら教育実践を行う活動も展開されていた。先住民村と大学が協働で、計画を実施している「先住民に対する健康支援」である。このプロジェクトは、看

護教育における相互パートナーシップモデルであり、ビクトリア大学と先住民村の人々が協働展開している。カナダにおいては先住民は集落をつくり居住し、先住民の人たちが差別を受けたり、収入も少なく十分な教育を受ける機会が少なく収入が高い仕事に就けない人も多いという。また健康問題を抱える人も多い。プロジェクトの主旨としては、このような先住民の子どもたちが、看護師やその他の保健医療専門職となり、将来的に先住民の人々の健康を支援する人々を増やして、先住民の人々やコミュニティ全体の健康増進を目指している。また大学として、文化的安全や反人権主義や和解と調和の促進に関するカリキュラムを発展させることを目的としている。このプロジェクトは、看護学生の地域実践演習の一部として取り組むことが計画されていた。

今回参加したのは、そのプロジェクトの始動に向けた大学職員と先住民村の人々とのミーティングであった。ミーティング場所は、先住民村の集会場であり、その村の長老や、この地域の主要な人々とその子どもたちが参加した。

ミーティングでは、先住民の方々と一緒に昼食をとりながら進められ、現在の想いや健康状態についてお互いに語り合い、課題を共有した。また、先住民の好意から、伝統的な楽器を使った楽曲の演奏を聴かせていただいた(写真3、4)。

(2) 当プロジェクトに関する考察

今回は、プロジェクトの企画のためのミーティングであったため、学生は参加せず、大学教員のみでの参加であった。しかし、今後は学生が、先住民の不平等に

直接に触れることで、先住民の人々の問題について共に考え、その解決に向けて、主体的に対策を考えていくのであろう。

4. 考察

今回見学したカナダのコミュニティヘルスに関する授業・演習のように、学生が住民の中に入り込み、住民と共に住民の問題について考え、そして、その問題について解決方法や解決のために協力を依頼する人々について考え、解決に向けた方法を企画し実施していくことにより、学生の実践的な学習が可能になっていた。

特に学生は、一般的な地区診断を行うにとどまらず、教員により意図的に設定された地域に入り込み、マイナリティを意識した支援の実験を経験することにより、地域の健康課題や不平等の実態やその是正の方法について、看護職の立場から体験的に解決する能力を習得していた。

フィールドとなっている地域(今回のホームレスの人々や先住民の村など)は、単に学生の実習の協力者・協力地域としてのみでなく、実際に健康問題を持つ者や健康問題を持つ地域として、学生の教育に協力しながら、その活動の成果、つまり自分たちの健康問題を学生や大学の協力を得て解決策が得られることに期待を寄せていることが感じられた。学生自身も、協力いただいている方々の期待を一身に受け、真摯に住民の健康問題について考え、今後の方向性を見出そうとしていた。

日本の現在の公衆衛生看護教育は、保健所や保健センターにおける実習が中心であり、保健師が既に実施



写真3. 先住民村の集会所



写真4. 先住民のコミュニティの人たち

している保健事業に参加し活動内容や対象者のニーズについて学習することが主である。学生が実際に地域の中に入り、地域の健康問題を学生が主体的に解決する経験はほとんどない。また、現状では健康な人々に対する保健師の支援については、家庭訪問へ同行したり地域づくりなどの活動に参加することにより学習を深められているが、実習中に健康マイナリティといわれる人々へ関わることは難しい。しかし、近年の日本においても健康格差は拡大し、それに対応するため健康マイナリティへの支援を強化していくことが不可欠である。カナダにおける、「アクセスと公平性」を強化するための実践的な教育展開は、コミュニティで働く看護師の実践力を強化するものとなっており、日本においても参考になると考える。

謝辞

視察のコーディネーターや多様な情報をいただいた University of Victoria, の Dr. Marjorie MacDonald に感謝致します。

本視察は、文部科学省科学研究費若手 B（代表岩本里織，科研番号19791778「サービスがおよびにくい人のアクセスを高める住民ネットワーク機能の評価指標の開発」）の一部を使用したものである。

引用文献

- Community health nurses association of Canada (2003).
Canadian Community Health Nursing STANDARDS OF PRACTICE.
- 岡本玲子 (2005). カナダのコミュニティヘルスナーシング実践基準. 厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業変革期に対応する保健師の新たな専門技能獲得に関する研究平成16年度報告書, 75-77.
- 近藤克則 (2007). 検証「健康格差社会」. 東京：医学書院.
- 平野かよ子, 原礼子 (2007). カナダ地域保健看護の実践基準. 保健師ジャーナル, 63(1), 42-55.
- 中山貴美子 (2004). カナダにおけるヘルスプロモーションの現状から学ぶこと. 公衆衛生, 68(10), 806-810.

(受付：2012.11.27；受理：2013.2.1)