

第1章

保健医療介護福祉専門職の職業倫理

1.1 専門職と職業倫理

1.1.1 専門職とは何か

専門職は英語でProfessionを意味する。アスリートや棋士などアマチュアよりも卓越した技能を持つ人のことに対し「プロ（Professional）」という言葉が用いられるが、この呼び方は専門職とは区別される。デイジョージによれば、Professionalとは人々が趣味や余暇として楽しむことや報酬なしでアマチュアとして行う活動を熟練と相応の技能のもとに報酬を受け取ることで生計を立てる人のことを言う¹⁾。これをもとに、デイジョージはProfessionalの職種が多岐にわたるもの、その全てが専門職であるとは限らないとしている¹⁾。

もともと専門職と呼ばれる人は医師、法曹家、聖職者の三職種であった。Professionという語はラテン語のProfess（告白するまたは公言すること）から派生しており、告白（公言）を聞く人を意味する。これは中世における西洋の人々が、現世において人間が身体を持って暮らし、身体がなくなったら来世に住むと考え、それぞれの問題が生じた時に解決策を求めて告白することに基づいている。つまり、身体について人々の告白を聞く専門職が医師であり、現世についての告白を聞く者が法曹家、そして来世についての告白を聞く者が聖職者であった²⁾。

医療専門職の専門職性を検討する中で、医師という職業がアスクレ庇オスやヒポクラテス、ガレノスという人物に代表されるように古代ギリシア時代から特別な職業として扱われてきたのは間違いないだろう。ただ、医療のみならず多分野にまたがる形で専門職について検討が始まったのは20世紀に入ってか

らと考えられている。その中において、英国のCarr-SaundersとWilsonが初めて提唱した専門職としての特質を示す「専門職化」という概念には4つの要素が含まれるとされた³⁾。すなわち、特異的な能力及び訓練を受けていていること、最低限の謝礼金もしくは給料があること、専門職団体が成立していること、専門職としての実践を管理する倫理綱領があることを述べている。

専門職の定義づけに関する研究は、その後も英米を中心にいくつかなされている。代表的なものをいくつか挙げると、例えばGreenwoodはソーシャルワークの立場から、専門職が持っているものとして、体系的な理論、職権、専門職団体の中での制裁、倫理綱領、専門職集団内の文化の5つを挙げている⁴⁾。また、パーソンズは専門職としての医師（開業医）を例にとり、医療と直接に関連する社会構造から医師には社会的役割に応じた5つの役割パターンがあると述べている。まず、医師の職業上の役割として専門的能力に基づくパフォーマンスの卓越さと連関する業績性を挙げている⁵⁾。次に科学的に一般化された知識を応用する立場としての普遍主義が示されている。3つ目は高度の専門的能力を含意するという意味での職能限定性であり、4つ目には医師には特定の人間に対する好みに左右されることなく、客観的であり科学的に正当な仕方で客観的问题を取り扱うという感情的中立性を挙げている。そして5つ目には、医師の集合体指向として専門職としてのイデオロギーを医師個人の関心事ではなく患者の福祉の重視に向けることであり、それが強い義務として備わることを挙げている。

このような専門職の定義づけに関する研究がなされる中で、Millersonは、先述したCarr-SaundersとWilsonやGreenwood、そしてパーソンズを含む、それまでに公表された21の文献から専門職としての要素を分析している⁶⁾。ここでは理論的な知見に基づいた能力、トレーニングや教育によって培われる能力、試験に合格することでその適性を示すこと、行動規範の遵守を持って誠実さを維持すること、公共善のためのサービスであること、組織化されていることという6つの要素を挙げている。Millersonはこれらの要素をもとに専門職を上級の非肉体的な職業であり、職業の地位が主觀的及び客観的に認知され、

1.1 専門職と職業倫理

高度なトレーニングと教育をもって研究や事業の明確な定義を有するとともに確実なサービスが供給されると定義している⁶⁾。

ここで挙げた先行研究以外にも専門職に関する見解は存在するが、時井は専門職の特徴的要素の考究に関する報告をまとめた上で、専門職の特質的要素として以下の5つの点を挙げている⁷⁾。

1. 長期にわたる訓練や教育を通して高度に体系化及び理論化された知識や技術を身に着けること
2. 国家または団体による資格認定
3. 職業集団の組織化および組織維持のための一定の行為準則
4. 営利を目的とせず、愛他的動機に従って公共の利益を目的とすること。
5. 高度な知識や技術に基づき公共的な利益を志向する役割が義務づけられる結果としての高度の自律性や社会的権限が付与されていること

ところで、専門職に関する研究では、これまで述べてきた専門職が専門職であるために備わっているべきものという概念ではなく、専門職として果たすべき役割という観点から捉えた考察も存在する。石村は専門職たるプロフェッショントリビュートについて「学識（科学または高度の知識）に裏づけられ、それ自身一定の基礎理論をもった特殊な技能を、特殊な教育または訓練によって習得し、それに基づいて、不特定多数の市民から任意に呈示された個々の依頼者の具体的な要求に応じて、具体的な奉仕活動をおこない、よって社会全体の利益のために尽す職業」と定義した⁸⁾。その上で、石村はプロフェッショントリビュートを仕事の内容・性質・職域といった技術的側面、報酬を介したプロフェッショントリビュートと依頼人との接触の具体的な内容から見る経済的側面、全体社会の中での社会的地位からみた社会的側面という3つの側面から考察を加えている⁸⁾。石村はこれらの考察をもとに、技術的側面からプロフェッショントリビュートの活動は公益奉仕を目的としており、科学または高度の学識に基づく技能の教育や訓練が他の職業から区別されることを述べている⁸⁾。また、経済的側面からは営利を追求しない利他主義に基づく

くことが重要であるが、一方で営利主義の侵入による利他主義の変質や崩壊の問題が存在することを指摘している。そして、社会的側面については、プロフェッショナルが社会的に容認されるために、プロフェッショナルが1つの集団（団体）として政治的に行動し、その技能教育及び訓練の維持向上のための責任を負い、個々の構成員の行動に規制を加える自己規制の団体であることを主張している。石村は、その上で技術的、経済的、社会的という3つの側面からみたそれぞれの特徴を明証し、ある職業がプロフェッショナルであるか否かを明らかにするためには単に団体や倫理綱領といったものの存在だけでは十分と言えない」と述べている⁸⁾。

一方、フリードソンは専門職の定義において、官僚制をもとにした外部からの干渉を免れることができるという、自律性及び分業体制の中における支配的地位という組織の中での権力という概念を適用した⁹⁾。フリードソンは種々の職種に支配的な地位と従属的な地位という「制度化された専門技能の階層制」が存在すると主張した。そして、支配的な地位にある職種が専門職であり、従属的な地位にある職種は準専門職種という形で区別し、両者の間には官僚制に見出される職務階層と同じ決定的な相違があると論じている。

この準専門職（Semi-Profession）については、1960年代の後半から議論がなされている。Etzioniは準専門職について医師や法律家のような地位が十分に浸透しておらず、要望もなされてない新しい専門職であるとし、これらの特徴として、養成期間が医師や法律家に比べて短く、地位が法律に見合うものではなく、専門的な知識体系が不足していることを指摘している¹⁰⁾。そして準専門職の代表例として看護師とソーシャルワーカーを挙げている¹⁰⁾。確かに、ソーシャルワーカーについては既にFlexnerが1915年において社会福祉専門職について専門職としての要件を満たしていないことを指摘している¹¹⁾。また、19世紀中ごろにおいて看護師という職業は社会の底辺にいる女性がわずかな賃金のために就く仕事として扱われていた¹²⁾。天野は1970年代において我が国の看護職を例にとり、看護婦（当時）が被雇用者であり、専門性及び自律性に欠けるとして専門職としての地位が著しく低いことを主張している¹³⁾。

それに対して、先述したGreenwoodは自らが示した専門職としての要件を満たしているとしてソーシャルワーカーを専門職として認めている⁴⁾。石村もGreenwoodやその他の論考を根拠にソーシャルワークが既にプロフェッショナルであることを明言している⁸⁾。現在、社会福祉士という資格として定着したソーシャルワーカーは、これまで取り上げてきた専門職としての要素を満たしている。そして、看護師の専門職性についても、現在における我が国の資格制度において看護師と准看護師の二層構造になっていることに関する見解は見られるものの、時井が挙げた専門職としての特質的要素が備わっていることをはじめ、専門職としての地位が確固たるものになっていることに異論をはさむ余地はないであろう⁷⁾。

1.1.2 専門職の職業倫理とは何か —

前項では、まず専門職とは何かについて、先行研究を踏まえながら準専門職と専門職との違いから専門職とは何かについて明らかにした。その上で、現在の我が国における保健医療介護福祉の実践において、多くの職種が専門職であることを述べてきた。

本項は職業倫理とは何かについて明らかにする。ここで言う職業倫理とは専門職の倫理と言い換えて差し支えない。専門職は時井が示す高度の自律性や社会的権限を有する立場上、一般の人ができないことを行うことができる特別な責務を与えられている⁷⁾。その意味で、職業倫理とは専門職が専門職として行為するに当たっての心構えや行動規範のことを指す。ただし、注意すべきこととして、尾高が言うように職業倫理にはそれぞれの職業に特有の倫理と、全ての職業に共通の倫理が存在する¹⁴⁾。そして、両者は互いに関連しつつも、きちんと区別することが大切である。なお、島田は職能集団の職業倫理のことを、職業の分担が違うという意味で職分倫理という用語を示している¹⁵⁾。筆者としては、その用語の使い方そのものに異論はない。ただし、用語の概念区分に混乱を生じるかもしれない、ここでは一貫して職業倫理と呼ぶこととする。

保健医療介護福祉において倫理を追求する学問体系としては、生命倫理と臨

床倫理が知られている。まずは職業倫理と生命倫理及び臨床倫理との区別を明確にしておきたい。「はじめ」にでも記したように、職業倫理とは「専門職が専門職としての役割を果たす上で守るべき規範」であり、同じ専門職であれば全ての人に共通の職業規範とは何かを追究する学問領域である。これまで公刊されているいくつかの文献では、医療倫理と称してあるものも散見されるが、医療倫理とは一般に医師の職業倫理を指す。しかし、本書は医師以外の専門職についても議論がなされることから職業倫理で統一する。ここで同じ専門職に共通の規範と記したが、専門職にはその歴史的背景や教育体系、そして現在の臨床における役割に独自性の違いがあり、そして種々の規範に裏打ちされた自律性というものが存在する。よって、ここでいう職業倫理は専門職倫理とも言い換えることができる。この職業倫理は専門職個人が遵守すべき倫理として扱われ、同時に同じ専門職集団としての倫理としても理解される。

一方、生命倫理は生物学、生命科学、医学（医療）に関連して生じる種々の倫理的な問題について研究する学問領域である。つまり、生命倫理は専門職の職業規範について考えるというよりも、社会の中で発生する倫理的問題について、学際的な考察を行うということに意義を持つ。

また、臨床倫理は臨床の現場で起こる様々な倫理的問題について、その解決を目的として直面する倫理的問題を同定し、分析していくという学問領域である。ここでいう解決とは、臨床現場で派生した事象において倫理的ジレンマに陥った専門職が最終的に「何をすることが良い（正しい）ことか」という倫理的意思決定に至るためのあり方を模索する学問領域である。専門職が倫理的意思決定に至る過程の中には、臨床での実践を推し進める上で守るべき規範が存在する。しかし、規範だけで倫理的ジレンマを解消することは困難であり、多くの場合BeauchampとChildressが言うところの生命倫理の四原則（自律尊重・善行・無危害・公正)¹⁶⁾を手掛かりに専門職が行うべき意思決定のあり方を検討していく。意思決定のためには個々の専門職だけではなく、患者とその家族や多職種から成るチーム医療の中で決定がなされることもある。この場合、Jonsenらが開発した四分割法（医学的適応・患者の意向・人生の質（QOL）・

周囲の状況)¹⁷⁾を用いて問題を整理・分析し、チームの構成員等で議論しながら患者・家族、専門職からなるチームにおいて議論を重ねながら共同意思決定の方向性を定めていく。

ただし、職業倫理が生命倫理及び臨床倫理と全く異なる次元に位置している訳ではない。職業倫理は単に専門職の資格があるということで自然に発生するものではない。専門職は臨床現場で患者やその家族との関係性を持つ中で、専門職自らにおいて動機づけられるものである。その意味で、職業倫理は臨床倫理の一部であるといえる。また、職業倫理を専門職の職業規範として捉えるとすれば、それは先述した生命倫理の四原則における善行の原則に相当する。そのように考えると、職業倫理と生命倫理とは一部で重なり合っている学問領域といえる。

1.2 専門職の基盤となる法の理念

本書は保健医療介護福祉専門職の職業倫理をテーマとしているが、我が国において専門職と言えるか否かの判断は一般に国家試験等の合格による資格（免許）の有無で判断されることが多い。この資格の基盤となるものが法である。

本節では専門職における職業規範の基盤となる法について検討する。それに関して、まず法と倫理の異同について確認しておく。言うまでもなく、法も倫理も専門職としての規範の1つであり、専門職が専門職として行為するために必要な秩序を形成するものである。これが法と倫理の共通点である。一方、決定的な違いであるとは言えないが、法は専門職の行為や態度という人の外面を規律するのに対し、倫理は個人の意思や心情という人の内面を規律することに重きを置いているという違いがある。また、法には国家による刑罰を伴う強制力が明確であるのに対し、倫理にはそれが明確でないという違いもある。ただし、法によっては罰則のない努力義務としての条文が存在し、倫理には後で述べるように特定の専門職団体が掲げた倫理綱領に反した態様をとった場合に、団体から除名などの制裁を受けることもある。

我が国の最高法規である日本国憲法の第十三条には「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」と書かれている。これは国民に対して保障されている幸福追求権を示す条文であり、憲法の基本原理の1つである基本的人権の尊重に大きく関係する条文の1つでもある。芦部は幸福追求権から導き出される人権の具体的例として、プライバシーの権利と自己決定権を挙げているが¹⁸⁾、両者とも専門職にとって重要な職業規範として持っておくべきものである。

また、日本国憲法第二十五条には「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」とある。この条文にある生存権を保持するために、医療法の目的は「国民の健康の保持」にあり、社会福祉法の目的は「社会福祉の増進」にある。そして、これらの趣旨を実現するために、国民健康保険法や介護保険法といった社会保障制度が設けられている。この制度を基盤として、保健医療介護福祉の専門職は国民に対しそれぞれの専門性に基づいたサービスを提供する。

日本国憲法を最高規範として、我が国の医療に関する規定を定めた法を医事法という。医事法は医療の実施主体となる医療機関及び資格を有する医療従事者に関する医療行政法と、個々の医療行為の実施要件及び患者や医療従事者の権利と義務を定める医療行為法に大別できる。また、これらには分類されないが、近年は医学研究にまつわる法制度も医事法に密接なものとして捉えられるようになっている。次は専門職が専門職であるための基盤となる法制度について概観する。

ここで、専門職に共通の法規範として医療行政法の1つである医療法について触れておく。医療法は第一条に規定されているように、医療を受ける者である患者の利益を保護するとともに、良質で適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図ることで、国民の健康保持に寄与することを目的に制定された。

この中で専門職の職業倫理に関する事項がいくつかあるので紹介しておきたい。医療法第一条の二には医療の理念について次のように明記されている。

1.2 専門職の基盤となる法の理念

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者的心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

ここで示されている生命の尊重と個人の尊厳は、他と比較することのできない絶対的な価値である。この条文では、医療の実践において、医療の担い手たる専門職と医療を受ける者である患者との信頼関係を根底に置いた上で、個々の患者の心身の状況に応じた形での全人的な医療を展開する必要があるという、医療とは何かを示した条文となっている。

専門職が個人の尊厳を旨として、来たすべき役割としては、社会福祉法第三条においても次の通り示されている。

福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない。

更に、介護に関する制度上のルールを規定した介護保険法においては、第一条において個人の尊厳を旨とした介護の理念を次のように示している。

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関する必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

このようにそれぞれの法律に示された内容を俯瞰すると、その人の能力に応じる形での個人の尊厳保持と個人の自立支援が全ての専門職にとって共通の理念であるといえる、そして、これらが専門職にとってもっとも基本的かつ重要な職業倫理として位置づけられることは間違いない。

それではこれらの理念に基づいた職業規範を遂行するために、専門職は何をなすべきか、もちろん個々の事例によって具体的な手段は異なってくると思われるが、対象となる人が何を求めているか、そしてどのようになりたいと思っているのかを可視化し、具体的な自立支援のあり方を対象となる人本人に決定していただく必要がある。つまり、対象となる人の自己決定を尊重することが、保健医療介護福祉の専門職に共通した職業規範である。

なお、医療法、社会福祉法、介護保険法に明記された専門職による自己決定の尊重に関する条文として次のものが挙げられる。

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない（医療法 第一条の四 2項）

社会福祉を目的とする事業を経営する者は、その提供する多様な福祉サービスについて、利用者の意向を十分に尊重し、地域福祉の推進に係る取組を行う他の地域住民等との連携を図り、かつ、保健医療サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行いつつ、これを総合的に提供することができるようにその事業の実施に努めなければならない（社会福祉法 第五条）

第一項の保険給付は、被保険者的心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない（介護保険法 第二条 3項）

これらの法律で共通の文言が記されている訳ではないが、対象となる人の自己決定を実現するために、適切な説明と理解、意向を十分尊重すること、選択に基づくことは保健医療介護福祉に携わるすべての専門職にいえることである。これらはインフォームド・コンセント（Informed Consent）の理念に基づくものである。法令上インフォームド・コンセントは罰則のない努力義務であるため、必ずしもその実践を強制するものではない。しかし、専門職と保健医療介護福祉の対象となる人が相互理解と信頼関係を深め、一緒に自立支援に向かうことを可能にするために、専門職として必要不可欠な職業倫理の一つである。

1.3 専門職の資格と法

本書で取り上げた専門職は全てがその職種を規定する法律に基づき、厚生労働大臣が与える免許としての国家資格を有している（ただし、介護支援専門員は介護保険法第六十九条の二の中で厚生労働省令が定めるところに基づいて都道府県知事が登録を行う）。例えば医師には医師法、看護師には保健師助産師看護師法、理学療法士と作業療法士には理学療法士及び作業療法士法、言語聴覚士には言語聴覚士法が制定されており、その中でそれぞれの国家試験受験資格について学修する要件を定めている。

手島によれば、これらの資格に関する法律は、医師法を例にとると総則・免許・試験・臨床研修・業務・試験委員・雑則と罰則によって構成されている²¹⁾。他の医療専門職についても、基本的にこの構成を踏襲した構成になっている。その中で、それぞれの法の第一条にその資格に関する法律制定の目的が掲げられている。例えば、医師の場合は医師法第一条において「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与」することが示されている。また、看護師の場合は保健師助産師看護師法第一条において「医療及び公衆衛生上の普及向上をはかる」ことが記されている。つまり、これらの第一条はそれぞれの専門職の資格を明確に定めるとともに、専門職としての業務が適正に運用されることを意図している。理学療法士と作業療法士、及び

言語聴覚士においては理学療法士及び作業療法士、及び言語聴覚士法のそれぞれ第一条において「医療の普及および向上に寄与する」ことが明記されている。

一方、社会福祉士は社会福祉士及び介護福祉士法第一条において「社会福祉の増進に寄与する」ことを目的とする福祉の専門職であることが明記されている。

また、介護支援専門員については介護保険法第七条5項において介護保険制度下における要介護者または要支援者からの相談に応じ、市町村や居宅サービスや介護保険施設等との連絡調整を行い、自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして記されている。

医療専門職が行うべき業務についても、それぞれの法律において詳細に示されている。例えば、医師の場合は医師法第十七条において「医師でなければ、医業をしてならない」と医療に関する業務をほぼ独占できる形で明記されている。また、看護師の場合は保健師助産師看護師法第五条の中で「傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行う」ことが示され、第三十一条においては看護師でなければ、これらの業務を行えないと明記されている。このように、その職種でないと法で明記された業務をできないという定めを業務独占という。

一方、理学療法士及び作業療法士法第十七条において「理学療法士でないものは、理学療法士という名称又は機能療法士その他理学療法士にまぎらわしい名称を使用してはならない」とあるように、資格を有する者以外の名称使用が禁止されている場合を名称独占という。

米村によれば、この業務独占と名称独占の区別については、医師や歯科医師のように固有の業務領域を有する資格、保健師・助産師・看護師や診療放射線技師、歯科衛生士のように医師もしくは歯科医師の業務を一部分担する資格、理学療法士、作業療法士や臨床検査技師のように本来看護師等の業務独占である診療の補助を一部分担する資格の3つに区分されている²²⁾。なお、社会福祉士及び介護福祉士も名称独占が明記されているが、介護支援専門員については法令上名称使用制限の規定がない。

それぞれの基盤となる法律には、専門職として行うことが許されることを権限として与えている。言い換えると、専門職としての資格を持たない者が行つてはいけない事項が、多くの場合罰則とともに明記されている。なお、これらの国家資格の要件には欠格事項が存在する。欠格事項の内容は職種によって異なるが、いずれの職種においても心身の障害（もしくは故障）により適正に業務を行うことができない場合や、罰金もしくは禁錮以上の刑に処せられた人は資格を得られないことが明記されている。

なぜ、専門職にはこのような法的基盤が必要なのか。それは、専門職が保健医療介護福祉の現場で対象となる人に行おうする行為には、対象となる人の心身に危険を招きうるもののが存在するからである。例えば医療を「対象となる人に対し何らかの医術をもって治療すること」と定義した場合、対象となる人にはいくつかの危険が伴う。例えば、薬物療法に伴う作用もしくは副作用によって心身に何等かの変調を起こる場合がある。また、手術はそもそも患者の身体に対し何らかの形で傷をつける行為である。法的に見ればこれらの行為は専門職の患者に対する傷害罪に抵触する可能性を有する。しかし、国家資格を有する専門職が適正な手続きのものに医療として実践しているのであれば、それは傷害行為にならない。これを違法性の阻却というが、これも専門職の資格を持っている者であるからこそ許される行為である。

1.4 守秘義務と個人情報保護

一方、これらの法律には資格を有していても行ってはいけない事項も記されている。ここでは代表的な事項として守秘義務をあげておく。守秘義務とは、専門職が業務上知りえた秘密については、みだりに第三者に漏らしてはならないことを義務づけたものである。具体的に刑法第百三十四条には医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師が正当な理由なく、業務上知りえた人の秘密を漏らしてはならないことが規定されている。この守秘義務は保健師助産師看護師法第四十二条の二、理学療法士及び作業療法士法第十六条、言語聴覚士法第四十四

条、社会福祉士及び介護福祉士法第四十六条にもそれぞれ明記されている。なお、この守秘義務については、何らかの理由で国家資格を消失した場合においても準用される規定である。

ここでいう秘密は、一般に知られていない事実であり、その人にとって他人に知られたら不利益になりうるものとして、秘匿の意思があるもの定義される。従って、刑法上において秘密漏示は公然性を必要とせず漏示した相手が1人であっても、守秘義務違反として扱われる可能性を有する²³⁾。

なお、守秘と類似したものとして個人情報保護がある。この両者は別の概念であることを認識しておく必要がある。詳細は専門書に譲るが、個人情報は個人情報の保護に関する法律第二条において生存する個人に関する情報であって、情報に含まれる記述から特定の個人を識別ができるものと定義される。ただし、ここでいう個人情報とは個人が特定される情報を個別にいうのではなく、個人が特定される情報を含む「情報の全体」を指す²⁴⁾。従って、個人情報は客観的な情報であり、個人の主觀に基づく秘密とは明確に区別する必要がある。

これらの患者の主觀的な秘密や個人情報は、誰でも入手できるものではない。専門職が対象となる人や家族との関係性を深め、継続していく過程の中で、専門職の立場として止むを得ず知るものである。対象となる人は専門職に対し、自分にとって何らかの利益をもたらしてくれると信じて、信頼のもとに秘密や個人情報を明らかにするのである。専門職が担うべき役割を果たすために、秘密や個人情報の取り扱いについては、個人もしくはチームの中で充分に意識づけを行うべき事案であることを、ここで改めて指摘しておきたい。

1.5 専門職と倫理綱領

1.5.1 倫理綱領を知ることの重要性

前項までは、保健医療介護福祉専門職の職業倫理について、専門職としての資格要件になる法をもとに解説してきた。先述したように、法は国家における立法機関の議決のもとに公布・施行されるものである。そのため、そこには罰

則を含めた国家的な強制力が作用する。しかし、専門職が実践する全ての行為に法が適用されている訳ではない。保健医療介護福祉専門職の職業倫理には、専門職個人の心理的な強制や社会的な立場から求められる強制も存在する。また社会的な立場からくる強制については、専門職団体がその社会的な使命に附隨して定めるものもあるだろう。この心理的及び社会的強制について明確にされた内容についても、専門職としての規範たる職業倫理の範疇に含まれる。そして、その職業倫理を簡潔かつ網羅的に示したものが倫理綱領 (Code of Ethics) である。この倫理綱領は先述した専門職が専門職たる上での要件において、ほぼ必須の事項として掲げられている。本節では医療専門職の倫理綱領について、医師と看護師を例にとって解説したい。

倫理綱領については、Carr-saunders と Wilson が専門職の適格さや名誉を個人同士で保証しあい、その保証を一般の人に認知してもらうための手段として倫理コードの必要性を示したことに端を発する³⁾。専門職は一般の人と比較して知識や技能が卓越しており、自律的に判断し行動することが可能になる。そのため、一般の人との間に知識や技能において不均衡が生じることは避けられない。しかし、それでは専門職がその責務を逸脱して、一般の人から様々な情報を搾取することも可能になりうる。言うなれば職権の濫用である。すなわち、専門職の職務は社会に大きな影響を与えるため、これを許してしまうと専門職は人々からの信頼を失い、その専門職が専門とする分野での知識や技術の発展が立ち行かなくなってしまう。このような事態を防ぐために、専門職は集団を組み、自律性を持った信頼のおける専門職であることを社会に対して知らしめることが必要となる。その際の宣言文が倫理綱領である。

また、医療専門職は専門職としての責務を果たすために、同じ専門職が複数で、もしくは異なる職種がチームを組んで課題解決に務めなければならない。倫理綱領はその際に専門職として何をなすべきかという道標としての役割も持っている。従って、倫理綱領はその目的と機能が明瞭になる様式であるべきであり、専門職の倫理的規範として常に参照できるようなものであることが望ましい²⁵⁾。

1.5.2 医師の職業規範と倫理綱領・倫理指針

医師を主たる対象として専門職としての行動規範を文面で示したものとしては、ヒポクラテスの誓いがよく知られている。ヒポクラテスの誓いは、古代ギリシア時代において著名な医師であったヒポクラテスの死後およそ百年後にアレクサンドリアの学者たちによって編纂された『ヒポクラテス全集』の中に「誓い」というタイトルで載っている²⁶⁾²⁷⁾。この誓いはヒポクラテスの弟子たちなどによって書かれたものであるとされ、ヒポクラテスが生まれたギリシア・コス島に当時あった医学校における生徒との契約文書（誓約書のようなもの）であったと考えられている²⁸⁾。このためか、ヒポクラテスの誓いは医師の職業規範を明文化したものとして、現代に至るまでよく知られたものとなっているが、医師の倫理綱領としては扱われておらず、医師の倫理の要約とみなされているようである²⁹⁾。

ヒポクラテスの誓いは現代の医師においても、重要な職業規範として影響力のあるものとなっている。しかし、一方でヒポクラテスの誓いに対し批判的な論調も存在する。よく知られているものとしてはVeatchによる批判がある³⁰⁾。Veatchはヒポクラテスの誓いにある「私の能力と判断力の限りを尽くして（後略）」について、あくまでも医療は医師の能力と判断に基づいて考えることを含意しており、患者の能力と判断を念頭においていないことから、この誓いをパートナリズムに基づくものであると主張している³⁰⁾。確かに、20世紀に入り、医師と患者との間でのトラブルを裁く司法の場を通して、インフォームド・コンセントの重要性が社会に受け入れられている。第二次世界大戦におけるナチス・ドイツの残虐な人体実験等や、米国において黒人の住民に虚偽の説明を行つて梅毒の経過観察を行ったタスキギー事件の顛末をとおして生命倫理の四原則が確立した現在において、この批判は最もである。

医師の倫理綱領という点において、ジョンセンやVeatchによれば、1803年に英国のパーシヴァルが示した医療倫理綱領が最古の倫理綱領であると扱われている²⁹⁾³⁰⁾。また、これ以外に米国における医師の専門職団体である米国医師会が1847年に公表した倫理規定は、ヒポクラテスの誓いに近い内容であると区

分される。一方で、第二次世界大戦後に制定された倫理綱領の大半は医療専門職の団体が、その時代における専門職としての倫理的規範を前面に出したものとなっている。これについては、まず医学研究に関する倫理規範の公表について示しておく。

この点については第二次世界大戦におけるナチス・ドイツが行った残虐な人体実験が再び起こることのないよう、1947年に制定されたニュルンベルグ綱領の存在は大きい。ニュルンベルグ綱領は医学における研究倫理を考える上でも歴史的に重要な綱領であるが、その本質は医学研究において被験者たる人の同意を絶対的な条件としたことである。すなわち、それまで裁判における判決文という法規範の中で示されていた医療におけるインフォームド・コンセントの重要性について、医学研究に携わる者の職業規範として綱領の中に明記したことである。このニュルンベルグ綱領は、その後小児や判断能力を失った人における代諾者について明記するなどを追記した形で、インフォームド・コンセントの考えを重視した世界医師会による1964年採択のヘルシンキ宣言へと発展する。

その後、米国において黒人の貧困層を対象とした梅毒の経過観察に関する非人道的な実験であったタスキギー事件を契機として、医学的研究に関わる全ての者に対する倫理的原則とガイドラインとしてベルモント・レポートが1978年に公表された。そして、このベルモント・レポートをもとに自律尊重、善行、無害化、公正という生命倫理の四原則¹⁷⁾の確立に至っている。

このように医学研究に関する倫理規範は、患者の自律性を最大限尊重すべきという立ち位置を第二次大戦後間もないころからとり続けた。これに対し、臨床現場における医師の職業規範として、1948年に世界医師会で規定されたジュネーブ宣言及び1949年に採択された医の国際倫理綱領は、互いに補完的なものとしてヒポクラテスの誓いを踏襲した内容であった。くろやなぎ 畔柳によれば、この宣言は1948年の採択以前における医師—患者関係において、患者が治療の対象、すなわち客体にすぎず、医療の主体は医師にあることが前提とされていたことが背景にあったようである³¹⁾³²⁾。

世界医師会はこれまで述べてきたヘルシンキ宣言、ジュネーブ宣言の他に、

臓器移植等における死亡時刻の判定を複数名の医師により、臨床的かつ総合的判断に基づいて行うことを明記したシドニー宣言を1968年に採択している。また、1981年には患者の自己決定権と医師によるその権利の認識、擁護、共同責任について明示する形で、患者の権利を強く示したリスボン宣言を採択している。

これらの過程を経て、ジュネーブ宣言は最新である5回目となる2006年の改訂において、医師に対し患者の健康とよく生きること（Well-Being）を第一に考えるとともに、患者の自律尊重や自己決定権を明記し、患者が医療の主体たる存在であることを明記している。そして、医の国際倫理綱領はこれに呼応する形で2006年10月に4回目の修正がなされている。この修正では、医師の義務として患者に対する共感や尊敬の念を持つことや専門職として最高の水準で行為することを義務づけた一般的な義務、患者の利益のために行動し、守秘義務を遵守することを盛り込んだ患者に対する義務、同僚医師の関係性の維持などを求めた同僚医師に対する義務の3つの柱から構成されている。

その後、世界医師会は2005年に医の倫理に関する基礎的かつ総合的な指針（ガイドライン）である『WMA医の倫理マニュアル』を刊行した。医の倫理を教えるために、医師が普遍的に利用できる基礎的なカリキュラムとしての役割を果たすことが示されており³³⁾、既に、2015年に第3版が刊行されている。

1.5.3 看護師の職業規範と倫理綱領・倫理指針

ところで、前項で示したヒポクラテスの誓いは、看護師の職業倫理にも影響を与えている。看護師の職業倫理を考える上でフローレンス・ナイチンゲールは最も重要な人物の1人である。中世からナイチンゲールが生きた19世紀にかけては、キリスト教における修道会のシスターが病院で看護師の役割を務めていた。その後、シスターではない一般の女性が看護師として患者の世話をすることになるが、ここでの看護師は社会の底辺にいる貧しい女性たちが劣悪な環境の中で生活のために、わずかな賃金を得るためにの職業とみなされていた³⁴⁾。しかし、ナイチンゲールはクリミア戦争での傷病兵たちに対する献身的な看護実践を通してその功績を讃えられ、看護師の地位向上に大きな功績を上げた。

そして、米国のファランド看護師訓練学校長であったLystra Gretterがナイチンゲールの偉業に敬意を表し、1893年に作成したのが看護師の職業倫理を明文化したナイチンゲール宣詞である。

このナイチンゲール宣詞は1935年に一度改正されているが、現在において多くの看護師養成課程において教材として用いられている。ただ、ナイチンゲール宣詞はヒポクラテスの誓いに準ずる形でつくられており、現在においては内容に対する批判も存在する³⁵⁾³⁶⁾。例えば、宣詞の最後に「われは心より医師を助け、わが手に託されたる人々の幸のために身を捧げん」という一節があるが、この節から看護師は医師に忠誠を誓い医師を助けるのが看護師としての義務であるとされた。これはすなわち、医療の主体が患者ではなく医師であることを認めるものであるというものであるが、戦後における医療専門職の職業倫理のあり方においては否定的に捉えられている。

19世紀半ばに米国で展開された女性の教育、職業、政治に関して、男性と平等の権利を主張したことからはじまった婦人運動を背景に、看護師の専門職団体を組織することが奨励されるようになった³⁷⁾。この機において、1899年に国際看護師協会が設立された。国際看護師協会には現在134の国と地域における看護師の職能団体が加盟しているが、1953年に看護師の倫理綱領を採択し、数回の改訂を経て2012年に最新の倫理綱領を公にしている。ここでは看護師に健康増進、疾病予防、健康回復、苦痛の緩和を4つの基本責任と明示し、「看護師と人々」、「看護師と実践」、「看護師と看護専門職」、「看護師と協働者」という4つの基本領域から構成されている³⁸⁾。

1.6 我が国における保健医療介護福祉専門職の倫理綱領と倫理指針

我が国における専門職の行動規範を示した文書として、古くは医師を対象として平安時代に丹波康頼が著したとされる『医心方』や江戸時代の儒学者である貝原益軒による『養生訓』などが良く知られている。ただ、倫理綱領という形で世に知られるようになったのは、1951年に日本医師会が公表した「医師の

倫理」である³⁹⁾。「医師の倫理」が公表されたのは最初のジュネーブ宣言や医の国際倫理綱領が示されてから間もない時期であるが、全文を読むと当時の医師一患者間の関係において医師が医療の主体であることを想像させる内容が散見される。例えば第一章第一節では、「診療に際しては、念頭にたゞ『患者のため』とゆう（ママ）ことあるのみで、綿密正確に診察し細心適正な治療を加え、速やかにその本復を計らねばならぬ。またよく人心の機微に徹し、患者の心理状態と、家庭の清況とを洞察し、厚き同情を以って事に当り、患苦を和げることに専念すべきである」と書かれているが⁴⁰⁾、ここに患者の意向に関する事項は見当たらない。また、第四節では患者の予後告知について示されているが、「予後不利と診定せる時は、近親者に警告し、適當な注意を与えなければならない」という形で、患者本人より先に家族に告知すべきことを重視する内容となっている。

その後、日本医師会は高度経済成長や国民皆保険制度といった社会の変化や、欧米から始まった患者の自律性や自己決定権などの重視という医療倫理上の変革の中で、医師の職業倫理のあり方について改めて検討していった⁴⁰⁾。多くの議論を踏まえた上で、日本医師会は「医師の倫理」を改訂し、2000年に「医の倫理綱領」として公表した。

医の倫理綱領は前文と6か条からなる綱領であるが、これに基づいて医師がどのように考え方行動すべきかを具体的な事例を通して考えるためのガイドラインとして、2004年に「医師の職業倫理指針」が刊行された。「医師の職業倫理指針」は2016年に第3版として改訂されているが、「医の国際倫理綱領」において示された一般的な義務、患者に対する義務、同僚医師に対する義務の他にも終末期医療、生殖医療、遺伝子に関する課題など医療技術の進歩に合わせた内容が網羅されている⁴¹⁾。

このような倫理綱領や職業倫理指針などの策定や見直しは、医師以外にもそれぞれの専門職における職能団体において進められている。例えば、日本歯科医師会は2005年に前文と3か条からなる「歯科医師の倫理綱領」を策定し⁴²⁾、2008年に「信頼される歯科医師Ⅱ 歯科医師の職業倫理」を指針に相当するものとして公表している⁴³⁾。日本看護師協会は1998年に初めて看護師の倫理規定

を公表し、続いて2003年には「看護者の倫理綱領」として改訂することで⁴⁴⁾、病院だけでなく地域や学校、行政機関などにおける看護師の行動指針と専門職性を社会に対し宣言している。また、日本薬剤師会は1968年に薬剤師倫理規定、1973年に3か条からなる「薬剤師綱領」をそれぞれ制定するとともに、2018年には薬剤師倫理規定を「薬剤師行動規範」として新たに制定し、「薬剤師行動規範・解説」を公表している。

一方、介護福祉に携わる専門職においても日本介護支援専門員協会は2006年に倫理綱領を採択（倫理綱領解説は2021年に見直し）、日本精神保健福祉士協会は2013年に倫理綱領を採択（2018年改訂）、日本社会福祉士会は2020年6月に倫理綱領を採択（2021年に行動規範を採択）を公表しており、専門職としての職業倫理を社会に向けて公言している。

1.7 チーム医療と職業倫理

専門職は直面する臨床場面において担うべき役割をこれまで述べてきた職業倫理に基づいて全うする。ただ、大半の臨床現場においては複数の専門職がチームを組んで、その場面に応じた役割を果たすことになる。このことから、本項ではチーム医療と職業倫理について触れておく。

近年においては、チーム医療における各専門職の役割が拡大するにつれて、担うべき業務の範囲に複数の専門職において重複する部分が増え、互いの役割の境界が見えにくくなる可能性もある。国際的に見解が一致していないが、患者中心であるチーム医療の構成については、チームの中における専門職としての役割を果たすことに重きをおく Multidisciplinary Team、複数の専門職が連携をしながら果たすべき役割を分担する Interdisciplinary Team、複数の専門職が専門分野を超えて横断的に役割を共有する Transdisciplinary Team という3種類のモデルが示されている⁴⁵⁾。これら3つのモデルについては、どれが一番良いかという鼎立的な捉え方ではなく、保健医療介護福祉の目的において柔軟かつ動的に変化していくべきものである。

それぞれの専門職がチーム医療の中で適切にその役割を果たすためには、十分な教育と臨床場面における十分な連携が必要となる。既に2000年には英国多職種連携教育推進センター（UK based The Centre for the Advancement of Interprofessional Education : CAIPE）⁴⁶⁾は多職種が協働もしくは連携することの重要性を教育するInterprofession Education (IPE) 及びInterProfessional Work (IPW) について「2つ以上の専門職が協働とケアの質を向上するため、ともに学び、互いから学び、互いのことを学ぶこと」と定義した。これらの重要性は国際的に認識されている。

一方我が国に目を転じると、2010年3月19日に厚生労働省はチーム医療の推進に関する検討会の報告書として「チーム医療の推進について」を公表した⁴⁷⁾。これはあくまでも、我が国の医療における実情を踏まえた多職種からなるチーム医療を推進するために設けられた検討会での最終報告書である。ここで注目すべきは、チーム医療を推進するために複数の医療専門職におけるその役割が見直され、専門職の定義が法的なものとして示されていることにある。

「チーム医療の推進について」では介護福祉の専門職についての記述がみられない。ただ、その後2011年6月に公表された「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集」では、社会福祉士が救命救急センターや回復期リハビリテーションに配置され、専門職としての役割を全うしている事例が数多く示されている⁴⁸⁾。地域包括ケアシステムが充実していくれば、保健医療介護福祉の役割も変化を続けることが予想される。その中で各専門職の職業倫理のあり方も時代に応じる形で発展し続けるものと考える。

おわりに

本章では医療介護福祉専門職における職業倫理にはどのような本書では、医師、看護師、社会福祉士、介護支援専門員、理学療法士、言語聴覚士、作業療法士の職業倫理について、それぞれの資格を有する著者に執筆頂いている。それらの職種全てにおいて専門職としての職業倫理のあり方を社会に向けて明確

にするための様々な方策がなされている。次章からはそれぞれの専門職が担うべき職業倫理のあり方について、事例を交えながら考察がなされる。

引用・参考文献

- 1) ディジョージ・リチャード・T (大野正英訳) : 専門職、ビジネス、行動の倫理綱領。ディジョージ・リチャード・T (永安幸生, 山田經三監訳) : ビジネス・エシックス、明石書店、東京, pp586-611, 1995.
- 2) 佐藤労 : 専門職倫理。酒井昭夫, 中里巧, 藤尾均, 森下直貴, 他編 : 新版増補 生命倫理学事典。太陽出版、東京, p597, 2010.
- 3) Carr saunders A.M, Wilson P.A. : The Professions, Oxford at the clarendon press, 1933.
- 4) Greenwood E: Attributes of a Profession. Social Work 2: 45-55, 1957.
- 5) タルコット・バーソンズ (佐藤勉訳) : 社会体系論 (現代社会学体系 第14巻), 青木書店, pp.429-458, 1974.
- 6) Millerson G:The Qualifying Associations, Routledge, pp.4-10, 1964.
- 7) 時井聰 : 専門職論再考 第二版。学文社, pp.10-19, 2010.
- 8) 石村善助 : 現代のプロフェッショナル, 至誠堂, pp.15-49, 1969.
- 9) フリードソン・エリオット (進藤雄三, 宝月誠訳) : 医療と専門家支配。恒星社厚生閣, pp.118-135, 1992.
- 10) Etzioni A: Preface. Etzioni A (ed.) : The Semi-Professions and Their Organization, The Free Press, pp. v -xviii, 1969.
- 11) Flexner A: Is Social Work a Profession? Proceedings of the National Conference of Charities and Correction at the Forty-second annual session. pp.576-596, 1915.
<http://socialwelfare.library.vcu.edu/social-work/is-social-work-a-profession-1915/> (2021年3月28日 アクセス)
- 12) 小玉香津子 : ナイチンゲール 新装版。清水書院, pp.49-50, 2015.
- 13) 天野正子 : 社会学評論, 看護婦の労働と意識。22巻 pp.30-49, 1972.
- 14) 尾高邦雄 : 職業の倫理。中央公論社, pp.14-21, 1970.
- 15) 島田燿子 : 日本人の職業倫理, 有斐閣, pp.18-33, 1990.
- 16) Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics Seventh Edition, Oxford University Press, pp.101-301, 2013.
- 17) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ: Clinical Ethics Eighth Edition, McGraw-Hill Education, pp.3-9, 2015.
- 18) 芦部信喜 (高橋和之補訂) : 憲法 第五版, 岩波書店, pp.120-126, 2011.
- 19) 橋口範雄, 土屋裕子編 : 生命倫理と法II, 弘文堂, pp.1-15, 2007.
- 20) 若杉長英 : 厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書, 厚生省, pp.5-6, 1989.
- 21) 手島豊 : 医事法入門 第4版, pp.45-52, 2015.
- 22) 米村滋人 : 医事法講義。日本評論社, pp.10-11, 2016.
- 23) 大塚裕史, 十河太朗, 塩谷毅, 豊田兼彦 : 基本刑法II 各論第2版, 日本評論社, pp.95-96, 2018.
- 24) 岡村久道 : 個人情報保護法 第3版, 商事法務, pp.47-93, 2017.

- 25) 岡本珠代, 砂屋敷忠, 吉川ひろみ, 他: 医療専門職倫理綱領についての一考察, 広島保健福祉短期大学紀要, 4 : 61-68, 1999.
- 26) 小川鼎三: 医学の歴史, 中央公論新社, pp10-14, 1964.
- 27) 大槻マミ太郎訳: 誓い, 大槻真一郎 (翻訳・編集責任): 新訂ヒポクラテス全集 第一巻, エンタプライズ, pp.581-582, 1997.
- 29) 坂井建雄: 図説 医学の歴史, 医学書院, pp26-34, 2019.
- 29) アルバート・R・ジョンセン (藤野昭宏, 前田義郎訳): 医療倫理の歴史, ナカニシヤ出版, p11, p91, 2009.
- 30) Veatch RM, Guidry-Grimes LK : The Basics of Bioethics Fourth Edition, Routledge, pp.18-36, 2020.
- 31) 畑柳達雄: 医の倫理の基礎知識2018年版 ジュネーブ宣言, 日本医師会.
<https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/member/kiso/a11.pdf> 2021年1月17日アクセス
- 32) 畑柳達雄: 医の倫理の基礎知識2018年版 医の国際倫理綱領, 日本医師会
<https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/member/kiso/a12.pdf> 2021年1月17日アクセス
- 33) Human D (樋口範雄監訳):序文, 世界医師会(樋口範雄監訳) WNA 医の倫理マニュアル 改訂第3版, 日本医師会, p.8, 2015.
- 34) ストレイチー・リットン (橋口稔訳): ナイチンゲール伝, 岩波書店, pp.11-23, 1993.
- 35) 高橋隆雄, 浅井篤編: 日本の生命倫理 回顧と展望, 九州大学出版会, pp.286-309, 2007.
- 36) 高崎絹子, 山本則子編: 看護ケアの倫理学, 財団法人放送大学教育振興会, pp.50-63, 2009.
- 37) 白石かつ: 国際看護婦協会 (ICN) の歴史と現況, 看護学雑誌, 37:418-423, 1973.
- 38) 公益社団法人日本看護協会: 国際情報 ICN看護師の倫理綱領.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/document/ethics/index.html> (2021年1月17日アクセス).
- 39) 日本医師会: 医師の倫理, 医学通信第6年第268号, pp.11-16, 1951 (昭和26年9月19日).
- 40) 森岡恭彦: 【医師の基本的責務】 A-1. 日本医師会と医の倫理向上への取り組み, 日本医師会 医の倫理の基礎知識 2018年度版. p.4, 2018.
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/_rinri/a01.html (2021年1月17日アクセス)
- 41) 公益社団法人日本医師会: 医師の職業倫理指針 第3版.
https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20161012_2.pdf (2021年1月17日アクセス)
- 42) 公益社団法人日本歯科医師会: 歯科医師の倫理綱領
<https://www.jda.or.jp/jda/about/rinri.html> (2022年3月16日 アクセス)
- 43) 公益社団法人日本歯科医師会: 信頼される歯科医師Ⅱ 歯科医師の職業倫理
<https://www.jda.or.jp/jda/about/pdf/trusteddentist2.pdf> (2022年3月16日 アクセス)
- 44) 公益社団法人日本看護協会: 看護実践情報 看護者の倫理綱領.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html> (2021年1月17日アクセス)
- 45) 菊池和則: 多職種チームの3つのモデル, 社会福祉学39: 273-290, 1999.
- 46) The Centre for the Advancement of Interprofessional Education: about CAIPE. <https://www.caipe.org/about-us> (2021年1月17日アクセス)
- 47) 厚生労働省: チーム医療の推進について, 2010.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf> (2021年1月17日アクセス)
- 48) 厚生労働省: チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集, 2011.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf> (2022年12月3日アクセス)

第2章

ソーシャルワーカー（社会福祉士） の職業倫理

2.1 ソーシャルワーカーとはいかなる仕事か

ソーシャルワークとは何かを端的に述べることは難しい。空閑は「社会的な（Social）営み・仕事（Work）と表現されるのがソーシャルワークであり、社会福祉援助の実践やその方法のことを指す」とする¹⁾。また小松は「現代社会において社会福祉（Social Welfare）が社会制度として確立発達してくるにつれて、その制度体系の下で展開する1つの専門職（ソーシャルワーカー）としての実践体系を総称している」と表現する²⁾。ソーシャルワークを実践する者がソーシャルワーカー（Social Worker：以下、SW）である。

ソーシャルワーク・SWを理解する方法の1つとして、まずは国際ソーシャルワーカー連盟（International Federation of Social Workers：以下、IFSW）の定義を概観する。

2.1.1 IFSWの定義

IFSWは世界のSWが集う国際組織で、300万人以上のSWによる141のソーシャルワーカー協会で構成され³⁾、国際レベルで人権擁護・公正な社会の構築・世界平和の実現を求めて活動している。全世界をアジア太平洋・ヨーロッパ・アフリカ・中南米・北米の5地域に分け、日本はアジア太平洋地域に属する⁴⁾。

IFSWは2000年にソーシャルワークの定義（以下、旧定義）を採択^{注1}、その後2014年にソーシャルワーク専門職のグローバル定義（Global Definition of Social Work：以下、グローバル定義）を決定した。「ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、

実践に基づいた専門職であり学問である。社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学、および地域・民族固有の知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるよう、人々や様々な構造に働きかける。この定義は、各国および世界の各地域で展開してもよい」とする⁵⁾。

ここでいう「社会変革（Social Change）・社会開発（Social Development）・社会的結束（Social Cohesion）の促進」は、ソーシャルワークが社会を視野に入れた実践であることを示している。社会変革では「個人・家族・小集団・共同体・社会のどのレベルであれ、変革と開発が必要であれば、ソーシャルワークが介入することが前提」で、それは周縁化・社会的排除・抑圧に対する変革である⁶⁾。

また、「人々のエンパワメントと解放（The Empowerment and Liberation of People）を促進する」では、支援対象者（Client：以下、CI）の力や強みを知り発見し、それらを活用する支援であるとする。また「不利な立場にある人々」と連携しつつ、「貧困」を軽減し、「脆弱で抑圧された（The Vulnerable and Oppressed）人々」を解放し、社会的包摶と社会的結束を促進すべく努力すると述べている⁶⁾。これらパワーレスな状態にある人々が、ソーシャルワークの対象でありソーシャルワークは、この状況からの解放を目指している⁷⁾。

IFSWへの加入資格は各国1団体であるが、日本ではSWが1つにまとまっているため、2002年にNPO法人日本ソーシャルワーカー協会・公益社団法人日本社会福祉士会・公益社団法人日本医療社会福祉協会（現日本医療ソーシャルワーカー協会）・公益社団法人日本精神保健福祉士協会の4団体で社会福祉専門職団体協議会（以下、社専協）を立ち上げて加入した。社専協は2017年日本ソーシャルワーク連盟（Japanese Federation of Social Workers：以下、JFSW）に名称変更し会則も改めた⁸⁾。

前述のグローバル定義がJFSWを構成する4団体の共通の定義であり、CIへの適切な支援、SWの資質向上や団結などにも連なると期待され、ソーシャル

2.1 ソーシャルワーカーとはいかなる仕事か

ワークに対する更なる理解とその普及が望まれる。

2.1.2 日本におけるソーシャルワークと資格

日本でソーシャルワーク実践を行う者は、国家資格でいうと社会福祉士及び精神保健福祉士である。

社会福祉士は1987年「社会福祉士及び介護福祉士法」で、「社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他関係者との連絡及び調整その他の援助を行うことを業とする者」と規定されている。2021年度の社会福祉士登録者は26万6,557人（精神保健福祉士登録者は9万7,339人）である⁹⁾。

社会福祉士は、高齢・障害・児童/家庭・医療・学校・就労・地域社会・多文化・司法など、様々な分野で働く。2020年度調査では、その所属は高齢者福祉関係39.3%・障害者福祉関係17.6%・医療関係15.1%で、地域福祉関係、児童/母子関係と続く¹⁰⁾。例えば、高齢者分野では高齢者施設や介護関連事業など、障害者分野では障害者施設や就労関連事業などである。保健医療機関では医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：以下、MSW）、地域ではコミュニティーソーシャルワーカー（Community Social Worker：以下、CSW）、学校ではスクールソーシャルワーカー（School Social Worker：以下、SSW）の名称で働いている。日本ソーシャルワーク教育学校連盟のホームページには、様々な業種で働くSWが紹介されているが、その1つに企業での実践も報告されている¹¹⁾。今後、活躍の場は更に広がる可能性がある。

精神保健福祉士は、1997年に「精神保健福祉士法」によって規定され、「その名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の地域相談支援（一部割愛）の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談に

応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者」である。精神科疾患や精神障害を持つCIに対応する。精神保健福祉士も社会福祉士と同様に様々な分野で活躍しており、司法分野における社会復帰調整官としての配置なども注目されている。

社会福祉士・精神保健福祉士は、共に名称独占の資格である。名称を使わずにSWとして働くことは可能だが、その場合、倫理綱領や業務指針に則った実践か、十分な養成機会を得ているか等が懸念される。

2.1.3 医療機関におけるソーシャルワーク

これまで、ソーシャルワーク・SW・国家資格・職域などを概観したが、本項では、筆者が長年勤務した急性期医療を担当する病院（以下、急性期病院）でのSWやその実践、事例を中心に話を進める。

ソーシャルワークは英国で発祥して米国に広がり、日本に流入した。地域で生活する人々への支援にその起源があり、その後医療機関にも広がった^{注2)}。発祥と広がりには、貧困・疾病・劣悪な生活や労働環境などの社会問題があった。ソーシャルワークは、その時代を反映する社会的問題や課題を通して発達し、支援の幅や深みを増した。その際、様々な学問領域の知識や技術を活用しつつ、理論・モデル・アプローチを生み出してきた。ここでは日本の保健医療機関におけるSWの発祥と広がりを、一期間に限定して記す。

(1) 日本の医療機関におけるSW

清水利子（芝病院）や浅賀ふさ（聖路加国際病院）は第二次世界大戦以前、米国でソーシャルワーク専門教育を受け、知識・技術を学んだ。浅賀について追記すると、1929年から聖路加国際病院でSWとして医療社会事業（保健医療におけるソーシャルワーク）に携わった¹²⁾。その回顧録には「メディカルソーシャルワークについて医師・看護師・事務も誰一人理解しておらず病院組織の1つの機関として全く承認されていない」「総合病院のどの診療科に最も多くのソーシャルサービスが必要か、医者が診断や治療面に社会的側面の問題を考えることが重要であることを把握していない」などの記載があり、入職後の困

2.1 ソーシャルワーカーとはいかなる仕事か

難を想像できる¹³⁾。新たな専門職として、その職務の理解を広げていくことが第一の課題であり、重責も感じられて興味深い。

浅賀は1936年に医療社会事業研究会を開催、第二次世界大戦で中断されたが、戦後この研究会が日本医療社会事業協会（2011年度に日本医療社会福祉協会、2021年度に日本医療ソーシャルワーカー協会に改称）に繋がった。

1948年の「保健所法」で杉並保健所にSWが配置され、「保健所運営指針」の「保健所における医療社会事業」に目的・職務などが規定された¹⁴⁾。保健所・国立病院で医療社会事業が導入されるなど、戦後のソーシャルワーク導入はGHQ（連合国軍最高司令官総司令部）公衆衛生福祉局の指導で専門化に繋がった。しかし1952年のGHQ撤退で、急速に専門化とその展開が揺らいでいく。そのため日本では草の根的実践や関連する活動が十分に浸透していく経過がなく、それが専門職として定着しにくかった理由もある¹⁵⁾。

1953年に全国から約200人が集結し、医療社会事業協会が発足した。浅賀は初代会長として保健医療機関のSWの資格制定や後進育成に貢献し、議員立法により「医療社会事業家法案」を厚生省（当時）に提言したが、時期尚早とされた。松山は、「これが日本における最初に形になった法案だろう」と述べている¹⁶⁾。その後の30有余年は、資格化を巡る激しく厳しい論争の時代だった。

(2) 国家資格化と医療機関のSW

社会福祉士の国家資格化は厚生省（当時）社会・援護局が主務課で、支援対象は障害者とされた。また医療におけるSWの主務課は同省健康政策局で、傷病者を支援対象とする「医療福祉士」の創設を提案した¹⁷⁾。これは理学療法士・作業療法士法などと同様、「保健師助産師看護師法」で看護職員に独占されている診療補助業務が一部解除される診療補助職で、その業務には医師の指示を必要とした。

この案を受諾か否かを巡り、日本医療社会事業協会では会員を分断する議論が続いた。端的にいえば「医療機関で働くSWは医療職か福祉職か」を決断するものだった。紆余曲折を経て、医療福祉士案を受け入れず、社会福祉士を保健医療機関のSWの基礎資格としたことで、医学ではなく社会福祉学を基盤に

展開される実践であると整理された。

なお前述のように、SW資格には社会福祉士と精神保健福祉があるが、ソーシャルワーカーとして1つの国家資格を求めてきた経緯の中で、資格が二分されたことは残念である。本来1つの資格であるべきと筆者は考えるが、この現状にあっては、可能ならば社会福祉士と精神保健福祉士の両資格を取得することと、実践に広がりや深みが増すことに期待したい。

また、社会福祉士資格がソーシャルワークそのものを反映しているかという疑問もある。例えば診療報酬算定では、社会福祉士を要件に算定可能なものが増えた。社会的認知の1つの証とも言えるが、主として入退院に関連した算定（入退院調整加算・介護支援連携指導料・退院時リハビリテーション指導料など）である。しかし入退院援助以外に、例えば身寄りがない患者の支援・就労支援^{注3}・依存症患者の支援など、SWは複雑で深刻な問題を抱える多くのCIに関わっている。また個別支援（ミクロレベル）を組織・地域における支援（メゾレベル）へ、更には制度・政策に結び付ける支援（マクロレベル）に繋げ、それらを循環させる中で問題が解決・緩和される場合も多くのある。よってソーシャルワーカーとしては、診療報酬の裏づけに関わらず、複雑で深刻な事例に対しては特に、業務指針や倫理綱領の理解の上に実践することが求められている。まずは、業務指針を概観する。

（3）「医療ソーシャルワーカー業務指針」

この業務指針は「趣旨」「業務の範囲」「業務の方法等」「その他」で説明される¹⁸⁾。上述した医療福祉士案を受諾しなかった経緯の中、その混乱解決の一助として1989年に制定、2004年に改訂された。

「趣旨」では、保健医療機関で社会福祉の立場で患者の経済的・心理的・社会的問題の解決調整援助を行う重要性が述べられる。その上で、多様化する患者・家族のニードや期待に十分応えるため業務指針で業務の範囲や方法等を定め、SWの資質向上・専門性発揮・業務適正化・理解促進を図るとする。

業務の範囲は①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助②退院援助③社会復帰援助④受診・受療援助⑤経済的問題の解決、調整援助⑥地域活動の6