

異文化看護学国際研究集会報告書(PDF 版)

新しい風:

アジア・太平洋地域の看護学国際協力

長野県看護大学

長野県駒ヶ根市

平成 15 年 10 月 18 日 - 19 日

## 目 的

アジア各国の看護師を一堂に集め、看護にかかわる共通の関心を検討することにより、この地域における異文化間の協同研究プロジェクトにつなげることを目指す。

## 目 標

1. アジア地域のさまざまな国から来た看護の研究者たちと出会って、ネットワークを作る。
2. アジアの代表的な国々で現在行われている看護の研究プロジェクトに参加者で共有する。
3. お互いに関心がある研究テーマやプロジェクトについて深い徹底的な検討を行い、異文化間の共同研究の立ち上げを目指す。
4. この地域の **key nurses**、すなわち今後さらに協力関係を進展させるために連絡を取るべき看護師は誰かを明らかにする。
5. 今後の継続的な連絡と対話のための連絡網を確立するとともに各人への連絡方法を明確化し、それによって共同研究計画の作成における重要な決定に関与する。

## はじめに

長野県看護大学で2003年10月に開催致しました異文化看護学国際研究集会「新しい風：アジア・太平洋地域の看護学国際協力」の報告書をお届け致します。

本学は南信州の農村地帯にありますが、開学当初からアメリカ、カナダから招いた専任教員の英語による看護学の授業が行われてきました。また、近隣の JICA 駒ヶ根訓練所との交流も親密で、その支援を頂いてサモア国立大学と交流協定を結び、友好を深めると共に共同研究を行って来ました。そのような環境の中で、この国際集会の構想が生れたのは2002年春のことです。早々と会議の日取りも決めました。しかし、その構想は大変 **demanding** なものでした。講演会ではなくカンファレンスである、キーノートとパネルをそれぞれ2回組む、アジア・太平洋地域を中心に多数の国から看護指導者を招く、カンファレンスだけで終わるのでなく国際共同研究プロジェクト立ち上げを目指す **Small group discussion** を2日間もつ、その領域は本学若手研究者の関心をサーベイして決める、各グループの分布がほぼ当分になるように参加者を募る。異文化看護国際研究部門の面々で喧々諤々の議論を重ね、日本学術振興会に助成申請をしたのは2002年5月です。大変な難関であると知ってはいましたが、なぜか自信と希望がありました。同年8月に採択通知を頂き、感激すると共に、決意を新たにしました。

国際会議を数の上でまとめますと、会期は2003年10月18-19日、それに前日の招待者夕食会と20日(月)のポストカンファレンス・ツアーを合わせて4日間。参加国はモンゴル、中国(香港を含む)、韓国、フィリピン、ベトナム、カンボジア、タイ、シンガポール、インドネシア、サモア、アメリカ、カナダ、および日本の13か国。参加者は、外国人31名と全国の看護研究者、本学の教員と学生、一般傍聴者を合わせて約230名。**Small group** は看護教育、看護倫理、小児看護など9つでした。

快晴に恵まれ、中央アルプスは誇らしげにそびえ、リンゴが赤く実り、どの参加者も生き生きと楽しげでした。大成功であったと思います。それは本学の教職員と学生が一丸となった手作りの良さにあったからではないでしょうか。実行委員会の中に設けた「輸送・交通係」「VISA係」「ホテル・学寮係」「生協・食事係」「小グループ係」「娯楽係」「プログラム係」「会場係」「インターネット係」「会計係」などの係名からも、学内手作りの国際会議であったことがおわかりと思います。2年間にわたる「プロジェクトX看大版」は終わりましたが、今は、この国際会議で生れたいくつかの共同研究が、2005年のICN台湾大会での再会を目指して進行中です。助成を頂いたJSPS、JICA、アメリカのHealth Volunteer Organization、長野県看護大学と見藤学長に深く感謝致します。国内外から参加して下さった方々、学内の教職員と学生の皆様、ありがとうございました。最後に最大の謝意を、本学名誉教授のAnne J. Davis先生に捧げたいと思います。この国際会議はAnne先生のアイデアだったのです。

平成 16 年 3 月

小西恵美子

長野県看護大学教授

異文化看護学国際研究集会開催実行委員長

長野県看護大学看護実践国際研究センター・

異文化看護国際研究部門責任者

## 目次

ご挨拶 .....	見藤隆子 6
祝辞 .....	Mo-lm Kim 7
プログラム .....	8
講演者・司会者リスト .....	10
講演集	
基調講演	
アジア・太平洋地域の保健医療の動向と看護学国際協力の役割：	
WHO の視点 .....	Kathleen Fritsch 12
看護政策への国際協力の意義：教育・研究・実践の視点 .....	Euisook Kim 20
特別講演	
保健医療分野におけるわが国の開発協力 .....	藤田公郎 27
パネル討論 1：アジア・太平洋地域の看護学国際協力はなぜ必要か	
教育交流の視点 .....	Yu-Mei (Yu) Chao 33
国際共同研究プロジェクトの視点 .....	Thomas K. S. Wong 39
SARS の教訓と看護学国際協力の必要性 .....	Zhou Ronghui 46
パネル討論 2：アジア・太平洋地域の看護学国際協力の成果と展望	
看護教育における国際協力：	
サモア国立大学と長野県看護大学との事例から .....	Fulisia Pita-Uo Aiavao 52
看護研究：異文化間共同研究の経験 .....	Samantha Mei-che Pang 56
看護の成長：	
なぜアジア太平洋地区の看護師が国際的にならなければならないか .....	片田範子 65
看護学国際協力のための各国の状況と日本の現状 .....	見藤隆子 69
ワークショップ .....	73
グループと開催場所 .....	74
ガイドライン .....	75
グループ別参加者リスト .....	76
グループ報告 .....	77
グループ 1：看護教育 .....	77
グループ 2：看護倫理 .....	79
グループ 3：慢性病の看護 .....	80
グループ 4：看護政策・看護管理 .....	82
グループ 5：高齢者ケア .....	87
グループ 6：女性の健康 .....	90
グループ 7：コミュニティーの看護 .....	92
グループ 8：小児看護 .....	94
グループ 9：病院における急性期看護 .....	96

## ご挨拶

皆様、本学が開催する国際会議へのご参加、大変ありがとうございます。

長野県は、日本のほぼ中央に位置し、日本の屋根といわれます3つのアルプスを持っています。皆様が今おられます所は、2つのアルプス山塊の谷間の標高600メートルの地であります。

この会議は、本学異文化看護国際研究部門（責任者小西恵美子教授）に関係する教員が中心となり、国の補助金を得て行います。国の補助金の条件として、100人前後の比較的小さい国際会議である事と言う決まりがあります。従いまして、参加者を一般公募致しませんで、こちらからお願いをして御参加頂く形と致しました。ただ、本学の教員、大学院生は、ほぼ全員参加しております。従いまして、英語が不自由な者も参加して居りますので、宜しくお願い申し上げます。

会議では、アジア・太平洋地域の看護学リーダーによる講演のほかに、小グループディスカッションを2日間にわたって行うことにしております。ディスカッションを深めるために、全参加者にテーマ別に9グループに分かれて頂き、それぞれご関心の研究について話し合いをして頂きます。この話し合いの中から、各国の人々との共同研究の課題が見つかり、この国際会議が終了しました後も引き続き研究が継続されることを期待しております。

この地は、都会にはない美しい景色、水、空気に恵まれておりますし、御希望ならロープウェイがみなさまを2611メートルの宝剣岳下の千畳敷カールへ御案内しております。それぞれの御国や地域との違いを堪能していただければ幸いです。また、本学の教職員のみならず、この地の人々も皆様を心より歓迎して居ります。分からないこと、知りたい事がございましたら、どうぞ何なりとお尋ね下さいませ。

本国際会議が、いろいろな意味で皆様方のお役に立てます事を心より祈念いたしております。

長野県看護大学学長 見藤隆子

## 祝辞

はじめに、長野県看護大学の主催によるアジア・太平洋地域看護学国際会議の開催を心よりお喜び申し上げます。

すでにご承知のとおり、21世紀は変化の世紀です。そして、その変化にもたらされる力は次のようなものです。

- (1) 世界の経済はますますグローバル化し、そのため世界規模で生じる問題を看過することはできない。
- (2) ITにより、地理的に離れたところにおいても、あたかも同じ場所にいるかのようにグループになって仕事をするができる。国境という概念は薄れつつある。
- (3) これだけではない。このような変化に対処するため、仕事や組織は、戦略的な意味での提携関係、あるいはパートナーとしての共同ベンチャーを捜し求めている。
- (4) そして、仕事や組織は、これまでにまして利益を追求してきている。
- (5) 専門家が、特定の目的に応じて一時的なグループを作ることが広く行われている。そして、ITの進歩に伴い、このような参加の機会も増している。参加者の一人一人がより専門的になればなるほど、その集団へのかかわりは増し、集団の質は向上してくる。

日に日に世界が、あたかも大きな村のようになりつつある現在、地域や国を超えてひとつの人類のコミュニティーを作り上げていくためには、異なる地域や国の間の文化的交流は今後ますます必要になると信じています。

看護は基本的には広範囲にわたる包括的な科学であり、また技術でもあります。ですから、他の文化を理解し、他の文化圏の人々と協力しあうことは、それぞれが調和しつつ新たな変化を創造し、また困難な問題に共同して当たっていくためには必要不可欠の条件になっています。

このように、異文化間の交流は看護学そのものの分野のみならず、看護学とその他の諸科学との間でのさまざまな分野において避けることのできないものになると信じています。そして、これは、将来、私たちに課された大きな挑戦なのです。

本日、アジア・太平洋地域ではまさに初めての異文化看護学国際会議を開催することには大いなる意義があります。私は、この度の国際会議が実り豊かなものであり、また大成功をおさめますことを心より願ってやみません。

もう一度、長野県看護大学の主導による本会議の開催に心よりお祝いを申し上げます。この会議に参加される全ての素晴らしい皆様に、神のご加護があらんことをお祈りいたします。そして、この会議によって、看護学が新たな力を得て、21世紀において更に発展することを願っております。

前国際看護師協会会長 Mo-Im Kim

## プログラム

10月17日（金）

18:00-19:00	登録受付
19:00-20:30	招待者歓迎会

10月18日（土）

9:00-9:30	登録受付
9:30-10:00 [講堂]	<p><b>オープニング・セレモニー</b> 開会の辞・歓迎の挨拶 長野県看護大学学長 見藤隆子 挨拶 長野県衛生部部長 菅谷昭 祝辞 駒ヶ根市長 中原正純 日本看護科学学会副理事長 片田範子 元国際看護師協会会長 Mo-Im Kim</p>
10:00-10:45 [講堂]	<p><b>基調講演1</b> Kathleen Fritsch アジア・太平洋地域の保健医療の動向と看護学国際協力の役割：WHOの視点 司会：小西恵美子</p>
10:45-11:00	休憩
11:00-12:10 [講堂]	<p><b>パネル討論1：アジア・太平洋地域の看護学国際協力はなぜ必要か</b> Yu-Mei (Yu) Chao 教育交流の視点 Thomas K. S. Wong 国際共同研究プロジェクトの視点 Zhou Ronghui SARSの教訓と看護学国際協力の必要性 全体討議：Fritsch, Wong, Chao, Ronghui 司会：小西恵美子</p>
12:10-13:45	昼食
13:45-14:30 [講堂]	<p><b>基調講演2</b> Euisook Kim 看護政策への国際協力の意義：教育・研究・実践の視点 司会：見藤隆子</p>
14:30-14:45	休憩
14:45-15:15 [講堂]	<p><b>特別講演</b> 藤田公郎 保健医療分野におけるわが国の開発協力 司会：見藤隆子</p>
15:15-15:35	全体討議：Kim, 藤田 司会：見藤隆子、小西恵美子
15:35-17:40 [講堂] [教育研究棟]	<p><b>ワークショップ</b> ワークショップの説明（小西恵美子） 小グループディスカッション</p>
18:30-20:30	懇親会



10月19日(日)

9:00-10:30 [講堂]	<b>パネル討論 2: アジア・太平洋地域の看護学国際協力の成果と展望</b> Fulisia Pita-Uo Aiavao 看護教育における国際協力：サモア国立大学と長野県看護大学との事例から Samantha Mei-che Pang 看護研究：異文化間共同研究の経験 片田範子 看護の成長：なぜアジア太平洋地区の看護師が国際的にならなければならないか 見藤隆子 看護学国際協力のための各国の状況と日本の現状 全体討議: Aiavao, Pang, 片田, 見藤 司会: Anita L. Fisher、江藤裕之
10:30-10:45	休憩
10:45-12:30 [教育研究棟]	<b>ワークショップ(続)</b> 小グループディスカッション
12:30-14:00	昼食
14:00-15:00 [教育研究棟]	<b>ワークショップ(続)</b> 報告内容検討
15:00-15:15	休憩
15:15-16:45 [講堂]	<b>ワークショップ</b> 報告(各グループ10分)
16:45-17:10	<b>閉会</b> 総括 小西恵美子 閉会の挨拶 見藤隆子

## 講演者リスト（発表順）

- Kathleen Fritsch（アメリカ）  
WHO 西太平洋地域事務局・WHO 西太平洋地域事務局看護担当アドバイザー
- Yu-Mei (Yu) Chao（台湾）  
台湾国立大学特任教授
- Thomas K. S. Wong（香港）  
香港理工大學看護学部教授、同学部長
- Zhou Ronghui（中国）  
北京市朝陽病院看護部長
- Euisook Kim（韓国）  
延世大学看護学部教授、韓国看護協会会長
- 藤田公郎（日本）  
前国際協力機構(JICA)総裁、JICA 顧問
- Fulisia Pita-Uo Aiavao（サモア）  
サモア国立大学看護学部長
- Samantha Mei-che Pang（香港）  
香港理工大學看護学部助教授
- 片田範子（日本）  
兵庫県立看護大学教授
- 見藤隆子（日本）  
長野県看護大学学長

## 司会

- 見藤隆子（日本）  
長野県看護大学学長
- 小西恵美子（日本）  
長野県看護大学教授
- Anita L. Fisher（カナダ）  
長野県看護大学教授
- 江藤裕之（日本）  
長野県看護大学助教授

\*肩書きは研究集会開催時のもの

# 講演集

## 基調講演

Kathleen Fritsch

アジア・太平洋地域の保健医療の動向と看護学国際協力の役割：WHO の視点

Euisook Kim

看護政策への国際協力の意義：教育・研究・実践の視点

## 特別講演

藤田公郎

保健医療分野におけるわが国の開発協力

## パネル討論 1：アジア・太平洋地域の看護学国際協力はなぜ必要か

Yu-Mei (Yu) Chao

教育交流の視点

Thomas K. S. Wong

国際共同研究プロジェクトの視点

Zhou Ronghui

SARS の教訓と看護学国際協力の必要性

## パネル討論 2：アジア・太平洋地域の看護学国際協力の成果と展望

Fulisia Pita-Uo Aiavao

看護教育における国際協力：サモア国立大学と長野県看護大学との事例から

Samantha Mei-che Pang

看護研究：異文化間共同研究の経験

片田範子

看護の成長：なぜアジア太平洋地区の看護師が国際的にならなければならないか

見藤隆子

看護学国際協力のための各国の状況と日本の現状

## アジア・太平洋地域の保健医療の動向と看護国際協力の役割： WHO の視点

Kathleen Fritsch\*

大会実行委員長、実行委員の先生方、並びにご臨席の皆様。まずは、尾身茂 WHO 西太平洋地域事務局長からのご挨拶をお伝え申し上げます。

さて、この度は異文化看護国際研究集会にお招きくださり、講演の機会をいただきましたことに心より感謝申し上げます。本日は、西太平洋地域における人々の健康増進とヘルスケア・システムの改善に焦点を当てながら、この地域での最大限の看護貢献を目指す国際協力を推進・強化する方法を考えてみたいと思います。発表の順番としましては、まず西太平洋地域の概況を紹介したあとで、この地域における WHO の活動成果と今後の主要な課題を明らかにし、この地域での看護国際協力を促進する目的の論拠と戦略を提案してみたいと思います。

### 西太平洋地域の概況

急速に変化しつつある西太平洋地域（図 1 参照）にはおよそ 36 の国と地域が存在し、アジアのほぼ半分と全オセアニアにまたがる広大な地理的領域にわたっております。この地域の特徴は、政治的、経済的、そして文化的背景の多様性であり、また人口分布的にも疫学的にも変化に富んでいます。したがって、この地域における人々の健康状態と社会経済の発展レベルは、それぞれの国や地域によって大きく異なっています。

西太平洋地域の大部分は島国で、そのほとんどが国土の面でも人口の面でも極めて小さな国々です。もっとも、オーストラリア、日本、ニュージーランド、パプア・ニューギニア、フィリピン、シンガポールといった巨大な人口を有する国もこの地域に含まれますが、その人口の大部分は中国を中心とするアジア大陸部、そして、日本、フィリピン、韓国、ベトナムなどの地域に集中しています。今日、世界の貧困人口は約 13 億人と推定されていますが、そのうち 9 億人に近い人々がこのアジア・太平洋地域に居住しています。

さて、太平洋地域の島嶼国家は次の点で特徴づけられます。

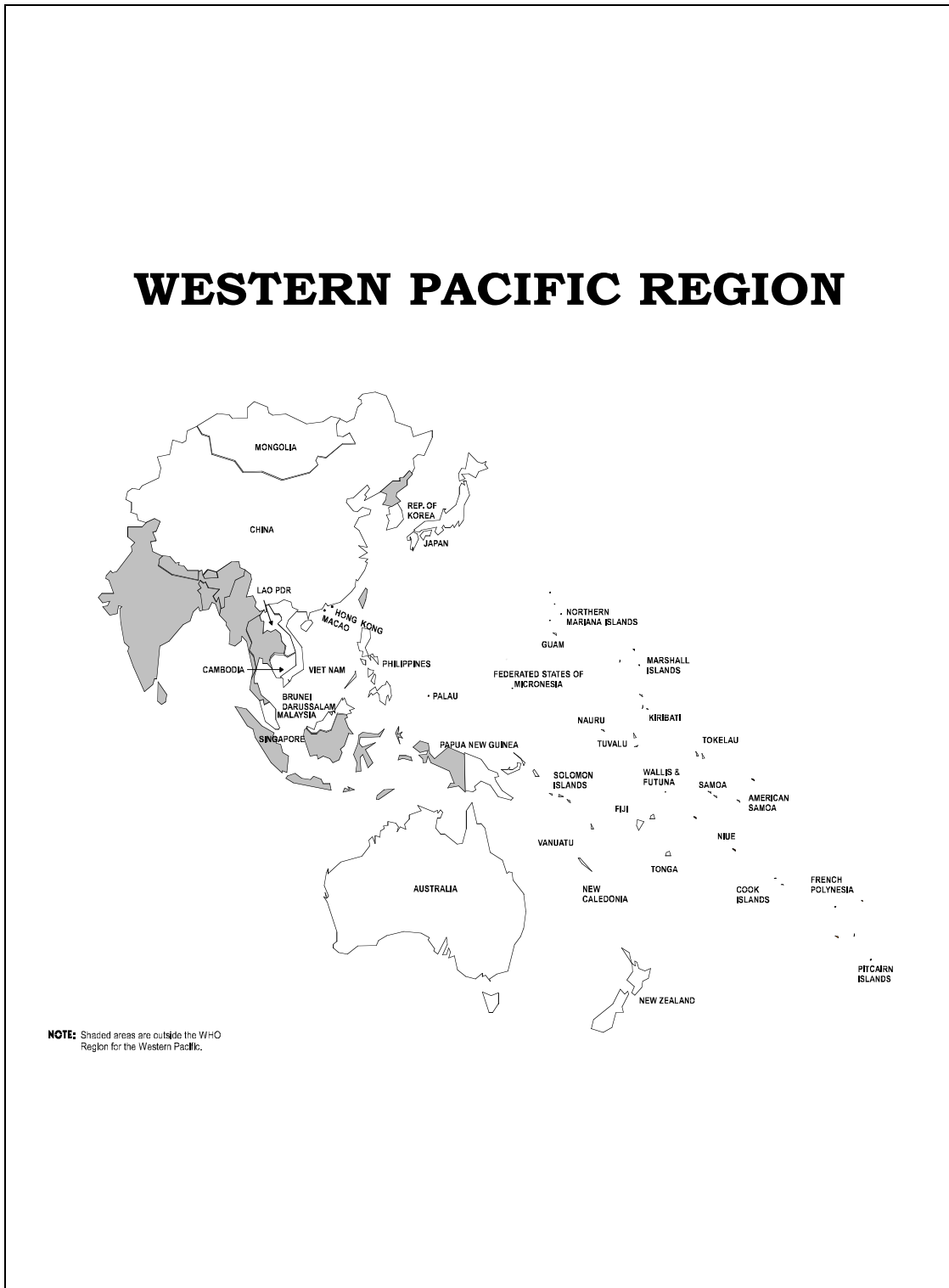
- それぞれの国が海によって切り離されている（国と国との間の距離が大きい）。
- 人口が少ない。
- 海洋領域が広い。
- 産業活動や雇用が限定されている。
- 飲料水が不足している。
- 上下水道の問題が深刻である。

---

\* WHO 西太平洋地域事務局長看護担当アドヴァイザー。

- ・ 小規模の従属経済のもと、物質的に不安定な環境である。

図 1



不安定な政治・経済に加え、保健衛生対策への外部資金が減少していることもこの地域全体に共通する問題となっており、本地域の多くの国々では、人々の健康問題の改善や、保健衛生に関する財政計画の見直しが行われています。

西太平洋地域に分布する国々では、現在、人口や経済・社会面での大きな変動が起っています。1990年には1億3800万人だったこの地域の60歳以上の人口は、2020年には3億1200万人にまで達すると予測されており、この人口増加はヘルスケア・システムに多大な影響をもたらすこととなります。また、この地域での解決が極めて困難な21世紀の課題として、結核、エイズ、マラリアなどの感染症があり、さらに、栄養や生活環境に関連する多くの非感染性疾患があります。このような現状の中、社会変動、そして疾病などにより、西太平洋地域の国々にはヘルスケア・システムに大きな課題が存在しているのです。

西太平洋地域では、ヘルスケア・システムの全分野にわたって大きな役割を担っているのがナースです。医療専門職者の大部分をナースが占め、費用効率の高いヘルスケア・サービスを行っています。ヘルスケア・システムのすべての段階で、患者や一般の人々と常に接触する機会を持つのはナースなのです。専門職者の役割と機能をさらに強化し、将来のヘルスケア・システム構築に積極的に取り組むためにも、看護を再評価することはタイムリーなことだと思います。

#### 看護を取りまく状況のアセスメント

看護・助産活動の強化——特に政策立案の場における——を策定した世界保健総会決議案（WHA 49.1）は1996年5月の世界保健総会で承認され、本決議案の履行に伴う進捗状況の報告を第54回世界保健総会（2001年5月）にて行うようWHO事務局長に要請がなされました。そこで、西太平洋地域事務局は報告書作成のためのデータ収集と状況評価を実施し、世界保健総会での報告で、本地域の社会経済、人口分布、マクロ経済、環境、政治、疫学、医療保健制度、及び健康改善策等についての変動や動向、そして発展と関連した、看護・助産についての問題を提起しました。

上記の報告書作成に向けたデータ収集と分析の方法は次のとおりです。

- (1) ヘルスケア・システムの変化、国による保健計画、及び看護・助産に関して、西太平洋地域の看護データ・バンク、報告書、出版物、研究結果報告を検討、要約、分析。
- (2) カンボジア、中国、ラオス、サモア、ベトナムの5カ国における看護・助産に関する徹底的なケース・スタディの実施と分析。
- (3) 西太平洋地域のすべての国と地域で実施した46項目の質問調査票への回答の要約と分析。

質問調査票の回答分析から、この地域全体での看護職者の不足が明らかになりました。回答期限までに調査票を返送してきた24の国と地域の中で、看護職者の不足がプライマリ・ヘルスケア（回答の77%）、病院（68%）、メンタル・ヘルスケア（73%）、その他（46%）の場で問題になっていることが分かったのです。また、都市部と農村部の両方で看護職者が不足していると報告した国は全体の55%でした。データに限界が存在するのは、データ・ソースの不完全さや不適切さ、あるいは「看護職者」という語の定義の曖昧さが原因になっています。

看護職者が広範囲にわたり不足しているという事に加え、質問調査票の回答を寄せた国の 58%はナースと助産師がヘルスケア改革や政策決定に積極的に関与している点を言及していました。さらに、75%の国がヘルスケア・サービス供与の実態の変化——（1）ヘルスケア・サービスの分散化や統合に関する変化、（2）プライマリ・ヘルスケアへの移行、そして（3）在宅福祉型サービス、在宅介護サービス、老人介護サービスへの移行——を指摘していました。病院でのヘルスケア・サービスの変化や、ヘルスケアに関わる民間サービスセンターや関連施設を増設する必要性を述べた回答もありました。

ヘルスケアに関する政策決定に看護師と助産師が積極的に関与しているというコメントは、質問調査票の回答を行った国の半数を少し上まわる程度でした。逆に、このような政策決定に、看護師や助産師はほとんど関わらず、かりに関与があっても安定したものではないと報告した国もありました。この調査結果から、看護師や助産師のリーダーシップ訓練への支援が継続して行われる必要があることが判明しました。そして、看護職者が機能的に統合され、政策設定やプログラム開発が行われることで効果的なヘルスケア・サービスの供給が可能となり、ヘルスケアが第一に目指すゴールに向けての看護職者の貢献が最大限になるのです。

## 戦略と成果

人的資源の問題、そして、看護・助産面での問題に対処する目的で着手された WHO の活動では、次の 3 つの鍵となる結果事項に焦点が当てられてきました。

- (1) 医療職者に関する人員計画と管理の改善
- (2) 能力開発によるヘルスケア・サービスの向上
- (3) 医療職者の教育・訓練の強化

以上の 3 つの結果領域では、それぞれ次のような成果が見られました。

### 結果領域 1：「医療職者に関する人員計画と管理の改善」

- ・ 太平洋島嶼地域における人口移動の研究を完成。2003 年開催予定の会議でその研究結果を分析し、政策策定改善を目指す。
- ・ 農村部、遠隔地で働く中堅レベルのナース及びナースプラクティショナーの実践活動支援と活動能力増進支援のためのガイドラインの開発。
- ・ 多くの大小の国々での労働力育成計画と労働力内容分析により可能となる地域能力の育成。
- ・ 実践的で利便性の高い人員計画モデルと手段の構築。

### 結果領域 2：「能力開発によるヘルスケア・サービスの向上」

- ・ 看護のアドヴォカシーと政策決定のための方針策定。
- ・ 患者へのケア提供、及び（または）患者の安全を改善する目的でのイニシアティブ支援（ベトナム、トラック諸島、ミクロネシア連邦）。
- ・ エイズに関する住民の健康ニーズに対処するためのネットワーク作りと資金獲得。

- ・ 小規模のグラントとオペレーショナル・リサーチ実施の開発と資金調達支援。
- ・ ICN プログラム「変革のためのリーダーシップ」のアジアの国々へ拡大（モンゴル、ベトナム）。

### 結果領域3：「医療職者の教育・訓練の強化」

- ・ 開発途上国でのファカルティ・ディベロプメント活動と学問水準強化の促進を目的とした、研究所間の共同研究や技術支援協定確立の促進と支援。
- ・ 思春期における健康と発達、貧困、ジェンダー、健康に関するコア概念のカリキュラム統合を支援する国家、及び研究所による調査体制の確立。
- ・ 思春期における健康と発達のニーズに対応する養護教諭の能力強化を目的とした調査研究の支援（延世大学）。
- ・ WHO コラボレーション・センター等の組織と協力して、思春期における健康と発達、貧困、ジェンダー、健康に関連した概念のカリキュラム統合を支援する教授法の作成。
- ・ この地域に適した地域看護マニュアルと STI（性感染症）カウンセリングマニュアルの作成。
- ・ 柔軟性のある学習教材の開発促進と、その教材を利用するために必要な IT 技術の能力開発。

### 課題と求められる展開

ヘルスケア・システムを支える経済的、政治的、組織的要因が根本的に変化したことで、西太平洋地域すべての国々の看護界・助産界を担う人々には多くの難問が課され続けるでしょう。このような要因の変革は、人口的、社会的、そして疫学的な面の影響を伴って、看護・助産の役割、教育、責任、そして仕事と雇用の形態に変化をもたらしています。ヘルスケア・システムは統合が進み、ヘルスケア・マネジメントは費用効率、確かな質、アカウントビリティ（説明責任）、ユーザーの満足度等に重点を置きつつ、より集約的になりつつあります。

このように変化し続ける複雑なヘルスケア・システムの中に乱れが生じた時によく起こるのですが、不安定なシステムの中でヘルスケアに従事する人々は劣悪な労働環境——資材もほとんどなく、賃金の低い——で働いており、これが彼らの不満、やる気の喪失、モラルの低下を招く要因となっているようです。また、ヘルスケア・システムの人的資源管理の面もヘルスケアに従事する人々の志気やイニシアティブを抑制し、看護職への定着率を低くする原因となっています。その理由として、昇進の道が閉ざされていること、十分な支援、評価、動機付けが得にくいメカニズムであること、継続的訓練や教育ニーズに対処するための公式な方針やプログラムの欠如などが挙げられます。時には、十分な訓練を受けていないヘルス・ワーカーが遠隔地域での医療活動（臨床治療、プライマリ・ケア、在宅看護）を行うこともあり、このようなヘルス・ワーカーの資格・能力を超えてしまうこともあるのです。



病院外での介護や地域看護が再び見直されつつあるなかで、看護師、助産師、そしてその他すべての医療関係者は、患者中心で質の高いケアを維持・拡充するよう求められ、さらに、予算削減が続き、効率のよい均質なケアを目指し実行していくことが求められているのです。

社会の中心から阻害された人々や貧困層の増加により、すべての医療専門職者には新たな課題が生じています。その課題とは、中央部（都市部）と周辺部（農村部）との間にあるヘルスケア・サービスの質の差や、ヘルスケア・サービスの利用の際の不公平を少なくし、公平で質の高いヘルスケア・サービスを社会的に弱い立場のグループや不利な条件に置かれた人々にも保障するということです。

複雑に発展していく多岐の専門分野が絡み合う看護環境が形を変えていくなか、その変化を支援するために看護・助産のリーダーには専門職としてのリーダーシップを発揮することが必要とされるでしょう。そして、彼らには人々が抱くニーズを予想し、新たな、そしてしばしば見慣れない看護・助産の実践モデルを使用しながら、ヘルスケア供給システムの変化に順応する準備が必要とされるでしょう。政治状況の変化、経済情勢の変化、そしてヘルスケア供与システムの変化により、看護・助産のリーダーは、対話を積極的に推進し、そして、看護教育、看護実践、生涯学習についてこれまでとは違った、柔軟なシステムを考案する必要も生じてくるのです。

政策展開や、健康改善を率先する積極的参加やリーダーシップの発揮には、高いレベルでの看護・助産のリーダーシップ能力が必要とされます。しかしながら、管理に関する専門知識や技術が絶えず変化する状況のなかで、看護師・助産師は政策に関する諮問の経験が限られ、また、より高度な教育を受ける機会が限定されているため、国家的な政策決定の場では限られた影響力しか持つことができないようです。

看護教育に携わる人々の課題は、臨床に関する専門能力を維持しつつ、新規の参加型教授法を作成し、臨床での学びや地域の学びに応用して十分意味のある学習経験を生み出していくことです。そこには困難な点もあり、限られた教育スタッフ、財政的制約、資源不足の設備、そして、多くの場合、IT 技術が十分利用できないことが特に深刻な問題となっています。

ヘルスケア・システムの仕組みを変え、経済や保健制度を変革することで、国は予想される社会経済的、ヘルスケア・サービスなどの外的な変化に関連させ、看護・助産についての将来的なビジョンを明確にする、あるいは定義し直す機会を得ることになります。さらに、いろいろな組織がこのようなビジョンに向かって進んでいく手段を講じるように力を与える機会も出てくることでしょう。状況を把握し、その対策を実際に考えるには、さまざまな関係者との長期的な関与と合意を作り上げることが必須であり、それは同時に、質の高いヘルスケア・サービスの提供と社会的公平さに重点を置いた看護とヘルスケア・システムの改善への強い関与を支援することにもなるのです。

ヘルスケア・サービスの効果的な供与を公平に行うためには次の点が必要とされます。

- (1)ヘルスケア・サービスに従事する人々のデータベースの充実。

- (2)社会的に最も弱い立場にある人々のニーズに合う形での、十分な数の医療専門職者の配分。
- (3)人的資源確保、管理、保持に関する戦略的プラン。
- (4)高度な教育プログラム。
- (5)十分な資源を有した安全な労働環境。
- (6)医療職者としてのインセンティブと専門的能力の開発プログラム。

ヘルスケア・サービスの実効性と効率性を高めていくことは、すべての段階での能力開発が看護界のリーダーに要求され続けるでしょう。ナースの指導力を高めることで、ヘルスケア・システム改善への貢献は、共通の目的に向かっての異なる専門職種間での共同作業や、異なる専門的視点を集約することでさらに加速されるでしょう。人々の健康と幸福な暮らしに向けて努力することで、ひとつの共通のゴールに向けて結集した専門職者間の関係や相互依存の関係を促進することになるでしょう。さらに、このことは、看護に携わるものがそれぞれの目的や専門職者としての目的を広め、患者のニーズを重要視しつつ、多岐の専門分野にわたるアプローチに向けてその目的に新たな方向を見出すことにもなるでしょう。

### 看護協力の価値

看護協力とは患者のためになることを目指して一緒に働くことです。そこには、それぞれの看護職者が抱く異なる視点を認めあうことや、対話を行い、共同作業を行い、アイデアや見方を共有することが求められます。ケアの質の向上や、医療コストの軽減、医療専門職者の満足度の関連という点で協力がいかに重要かということはさまざまな研究が示すとおりです。将来の健康面に関する望ましい結果を目指す看護協力があれば、より広範囲にわたるシステム思考、そして共通の関心に焦点を当てたより効果的なコミュニケーションと連携が可能となります。特に、感染症予防や感染症対策での看護協力の役割は強調されるべきです。開発途上国では、先進国に比べて感染症による病苦が多いのは事実です。グローバル化が進む今日の世界では、そして、多くの国に見られるように公衆衛生や疾病予防措置の予算が削減され続けているような状態では、新たな感染症が起ころうすることも十分に予想されうるでしょう。

最近、世間を騒がせている SARS（重症急性呼吸器症候群）の問題や、この問題が医療職者に与えた著しい影響により、コミュニケーションや協力体制を統合して、それらが断絶することのない状態を作り上げる重要性が浮き彫りになっています。このようなコミュニケーションや協力体制のシステムはさまざまな専門分野にまたがっており、官民を問わず、医療・公衆衛生のすべての健康に関わる部門に関係しています。そして、そこでは感染症の監視、情報分析、予防、対策に焦点を当てた戦略とシステムが迅速に効力を発揮するような支援がなされています。感染症の予防と対策におけるナースの役割は重要ですが、その役割は医療機関や地域という全体から見ればほんの一部にすぎないものです。公衆衛生に関する問題が起きた場合や緊急事態が生じた場合に情報をすばやく収集し対処するに

は、看護職のみで取り組むよりも、医療機関や地域が共同する場合の方が備えも十分にあり、より効果的なのです。

今後、健康問題に対する公的責任が、社会正義に基づいたケアの価値体系を指針として、さらに発展していくことでしょう。将来のヘルスケア・システムにおいては、地域の人々やケアの受け手が大きな推進力となり、医療コストの軽減のみならず、よいケアの結果に価値を見出すことになるでしょう。ヘルスケアの役割は従来のように単に患者個人を治療するというよりは、ヘルスケアを個人の健康、地域の衛生、環境の衛生へ向かわせるために、ナースをはじめとする看護専門職者はより迅速かつ積極的な役割を担っているのです。そこで、健康問題を引き起こす原因となる貧困その他の社会問題や環境問題は、以前にもまして組織的に系統立てて取り扱われることになるでしょう。医療機関、そして医療専門職者は、地域全体や、質の高い十分なケアを期待し受ける人々に対して、政治的にも道義的にもアカウンタビリティ（公的な説明責任）を有しているのです。

本発表の最後に、ヘルスケア部門ではアメリカで定評のある **Donald Berwick** の言葉をご紹介します。

力をあわせて取り組むようになってはじめて、この国にふさわしい、つまりこの国の財政が許す範囲内での健康レベルとヘルスケアの質が達成されるだろう。協力は医療機関や研究機関の壁を越えなければならない。協力は専門職者間の壁を越えなくてはならない。協力は今までの慣例やしがらみを越えなくてはならない。協力には勇気が必要である。協力に必要なことは、細分化された組織の中で働くことに慣れている人々が強い意志をもって立ち上がり、「一人一人がやるよりも、皆で協力しあえば達成度が高い」と口々に述べることである。

(訳：江藤裕之)

## 看護政策への国際協力の意義：教育・研究・実践の視点

Euisook Kim\*

「コラボレーション」という語は、最近もっとも頻繁に話題になる概念のひとつに数えられます。実際、看護に関する文献でも、1989年以降は、コラボレーションをテーマにした論考や報告が常にありました。興味深いことは、この「コラボレーション」という概念が定着し、いろいろと議論されるのは「看護」の世界においてであり、「医学」ではそのようなことはないようです。

本日、ここにお集まりの皆様とコラボレーションについて考え、またコラボレーションに着手していくために可能な限りの方法を考えてみたいと思います。そこで、まず私が提起したい問題は「コラボレーションとは何か」ということです。特に、コラボレーションの本当の意味について考察してみましょう。次に「何のためにコラボレーションする必要があるのか」についての問題を、そして最後に「効果的なコラボレーションを実現するための方法は何か」を考えたいと思います。

### コラボレーションとは何か

辞書には「コラボレーション」の一般的定義として、「2つ、それ以上の数の人、団体、もしくは国の間で建設的な関係を維持するために約束を交わし専念すること」「パートナーとして期待されるものどろしが、お互いに関係を持ち始め、その関係を持続させていくこと」と定義されています。また、看護関係の参考文献では「コラボレーション」について次のような定義が見られます。

- ・ 計画立案、決定、問題解決、ゴール設定、責任などを共有すること
- ・ 協力して (cooperate) 働くこと
- ・ (人やグループを) 調整したり連携すること (coordinate)
- ・ コミュニケーションを持つこと

実際のところ、私たちにとってコラボレーションには多くの意味があります。コラボレーションとは行為 (action) であり、そして同時にひとつの戦略 (strategy) であるとも考えられます。コラボレーションは結果であり、そのゴールを目指して努力しなければなりません。コラボレーションはまたひとつの価値観でもあります。それは、私たちの行為の源となる精神に横たわっているものなのです。さらに、コラボレーションとはプロセス\_\_常に前進するプロセス\_\_でもあり、また、関係や分かち合いでもあります。そして、コラボレーションは意味のあるコミュニケーション活動でもあるのです。

コラボレーションと、一致 (correspondence)、援助 (aid)、協調 (cooperation) とは

---

\* 延世大学教授。

異なります。「協調」には、単に交換（exchange）と関与（commitment）があるのですが、「コラボレーション」には心のこもった交換と関与があります。ここには、共通の価値観を共有することがあるのです。コラボレーションはひとつの関係なので、そこには必ず 2 人以上のパートナーが存在します。それぞれのパートナーには、自分自身の専門的なバックグラウンドがあり、同時に自分の生活する地域や国などの特有な環境があります。さらに、自分の国を越えた国際的な場の持つており、それが自分の立場にも影響を与えるのです。ですから、コラボレーションには知識やアイデアの交換だけでなく、文化的な意味での交流も伴っているのです。

効果的なコラボレーションを成功させる要因や条件が、さまざまな文献の分野の中に見出すことができます。そのうちの 7 つの項目を次に挙げましょう

- ・ 相互の信頼と尊敬心
- ・ お互いの状況を理解し受け入れること
- ・ 自信と能力
- ・ 教育と経験から生じた相互に対等な職業的成熟度
- ・ 積極的に話し合いを持つこと
- ・ 効果的なコミュニケーション法
- ・ プラス・マイナスの適性な評価と、フェアな精神

## なぜ、コラボレーションなのか

今日、コラボレーションがこれまでになく叫ばれているのはなぜでしょう。それにはいくつかの理由があります。グローバリゼーションという世界的潮流、世界貿易機構（WTO）ドーハ開発アジェンダ（Doha Development Agenda : DDA）協定でのヘルスケア・サービスの分野への影響、21 世紀を迎えての世界の状況、看護と改善と健康の改善。このような要素がコラボレーションを必要としているのです。

### 1. グローバリゼーション

21 世紀を迎え、グローバリゼーションは私たちの毎日の生活にもっとも大きな影響を与えております。もっとも大きな影響というのは、人間がお互いに接し、交換を行う際に障害となっていた空間的・時間的な制限がもはや今日の世界には存在しないということです。それで、誰もが即座に地球のどこからでも直接に影響を受けるようになったのです。さらに、グローバリゼーションがもっとも大きな影響を持つという他の理由としては、お金、労働力、情報、もしくは文化さえも国境を越え世界のさまざまな地域に広がり、簡単に交換や交流ができるようになったことがあげられます。ですから、グローバリゼーションによりナショナリズムを守るための「国の壁」が崩壊し、それぞれの国が独自に何かを行おうとしても今日の世界では実現不可能なのです。

今日、新自由主義（Neo-liberalism）という考えが、世界の社会秩序を支配しております。この視点によれば、より多くの競争が行われ、結果重視による評価、そして効率一辺倒の社会となってしまいます。当然のことながら、相互依存、共存、コラボレーション、

そして良い結果を出すアプローチなどが、今日の世界を生き抜く上での本質的な戦略であるのは明らかなのです。

## 2. 世界貿易

2001年11月、各国の代表がカタールのドーハで行われた会議で、貿易自由化に関する合意締結書に書名しました。この合意書は多業種のサービス関連業に影響を与えています。世界貿易機構・ドーハ開発アジェンダのサービス貿易に関する一般協定には次の4つの点からなっております。

- ・ 国境を越えた供給
- ・ 外国での消費
- ・ コマーシャル・プレゼンス
- ・ 人の移動

つまり、この協定には、人、もの、知識・情報、技術、サービス、組織経営のノウハウ、規範、標準、規制、そして文化に関するほとんどすべてのものが、今まで以上に自由に交換される可能性があることを示しています。このような環境、そして世界貿易機構・ドーハ開発アジェンダは看護の世界には脅威を与える可能性も同時に、考えようによっては好機でもあるのです。

## 3. 21世紀

コラボレーションへのニーズが高まるのが21世紀の特徴となるでしょう。今世紀は、共存と調和、相互依存とコラボレーションを通じて建設的なゴールを目指す時代なのです。

特に、相互依存とコラボレーションが中心的な役割を演じます。21世紀の問題、それもととりわけ人間の健康に関する問題を精査すると、相互依存とコラボレーションの重要性は疑いないものとなります。環境破壊、公害、人口過剰、貧困、人権、犯罪、性差別、麻薬、エイズ、SARSなどといった諸問題が存在することは確かです。このような問題は、国際的な協力体制を通じてはじめて、一般の人々の参加、官民両サイドの相乗効果、規制と規制緩和のバランス、自由と平等の弁証法的展開などを伴う解決の糸口が探れるのです。

21世紀が紛争の世紀ではなく、コラボレーションの時代になることを熱望して止みません。営利目的の乱開発ではなく共有が優先され、ひとつの巨大パワーによる支配から協力関係へと変わり、偏向よりは均衡が重視されるような時代になってほしいと考えています。

## 4. 健康改善

健康改善の問題は、今日の時代を特徴づける主要な要因のひとつです。健康改善は国家的なレベルでのヘルスケア・システムの改革を必要とし、その結果、国民全体に効果が期待される健康サービスを供給できるのです。ヘルスケア・システムを効果的に変えていくには、科学・技術の進歩、社会的な価値観の変化、そして長い時代にわたって存在してきた健康問題の変化などが互いに意味を持ち合ってくるのです。実際、このような点が21世紀では優勢な流れとなり、健康の再評価、人間についての新たな定義、科学・学問の見

直しといったゴールを目指す変化の主要な要素なのです。

### 1) 健康の再評価

健康であることは、人間の持つもっとも基本的な権利であると考えられてきました。そして、健康こそは人間の QOL 維持に必要な不可欠の要素であると見なされています。今日、健康は毎日の生活そのものです。健康は私たちの生活と切り離して考えることはできません。ですから、「健康」という語は、地域の開発、貧困の緩和、あるいは経済の発展などの内容と同じ意味で使われるのです。WHO 前事務総長は、健康を経済発展における不可欠な要素として協調しておりました。

私は、ここで健康という概念を次のようにまとめたいと思います。健康とは毎日の生活の質であり、病気や不調がなく、快適な生活環境、物質的な豊かさ、精神的支援、社会的な意味での達成感、知的な満足感、心の充足感といったものが上手くバランスがとれた結果生ずるものです。このようなバランスのとれた状態は、自己による決定、社会的平等、そして教育といった磐石の基礎の上に初めて作られるものなのです。教育により蒙を啓かれるという経験がおありのことと思います。自由を感じるからこそ、われわれを苦しめているものは何かを理解することの始まりなのです。

### 2) 人間についての新たな定義

人間は、心理的欲求から来る衝動や価値を伴い、また生まれつき備わっている心と体に由来する分析的能力を持つ統合的存在として理解されています。つまり、人間は自由な意思を持つ存在なのです。

こういった人間の新しい理解により、自己決定や、われわれから奪われることのない選択の権利といったものが協調されます。そして、このような点がセルフ・ケアという考えへとつながっていくのです。新たな人間観には、人間ひとりひとりのユニークさを受け入れ、正しい選択と決定がなされるように支援を行い、情報を与えていくことが求められています。

### 3) 科学・学問を見直す

実証主義的な意味合いでの「科学」という語の意味は、真理を追究するために、分析的・経験的な態度で知識を蓄積していくことです。科学は「人間」についての私たちの理解に影響を与えますが、その人間観によると、人間は統計的手法を通じて量的に分析されうる生理的物体なのです。しかしながら、哲学における存在論や認識論から、看護に歴史主義や実存主義という視点が導入されてきました。これは、看護という知識体系の中に、看護研究への新たな代替法がもたらされたのです。人間をホリスティックに見て、その視点から扱うという考えは東洋的な思考法なのです。これが、看護界に量的研究に変わる質的研究をもたらしました。質的研究とは、すなわち医学中心主義に替わる方法であり、また社会における「ケア」を重視するものです。

上に述べました、変化をもたらしている 3つの点は、健康の改善にも影響を与えている

要因なのです。健康改善の中心として、「患者に近いシステム（Close-to-Client：CTC）」、「長期のケア（Long-Term-Care：LTC）」、「費用効率の高いケア（Cost-Promoting-Care：CPC）」への再構成という点にまとめることができます。

「患者に近いシステム（Close-to-Client：CTC）」は、クライアント中心のシステムで、物理的にも、文化的にも、また経済的にもケアを受けやすい状態にすることです。これは、ケアを与える側中心の視点から、ケアの受ける側へと看護の視点をシフトしていることから生まれた考えです。「長期のケア（Long-Term-Care：LTC）」は一生をかけてのケア・マネジメント・システムであり、また地域型（在宅型）のケア・システムです。この視点により、キューア中心のシステムから、ケア中心のシステムへと移行し、また巨大医療組織中心のシステムから、小さな在宅環境システムへと変わってきました。「費用効率の高いケア（Cost-Promoting-Care：CPC）」は、より統合され、多くの人や組織を巻き込み、費用効果が高くなるシステムを目指しています。このシステムには、官民両サイドの協力と連携が要求されます。こういった健康改善は、コラボレーションにむけて、新たに生じた強力な要因なのです。

#### 4) 看護の改革

看護は、他の学問やそれを取り巻く社会現象とは関係なく独自に存在することはありません。看護は、地球的な規模の変化の中に収められています。看護の改革は、健康改善、そして社会、政治、人間の変化とともに起き、またヘルスケアにおける世界的な流れによって起こるのです。看護は、また「患者に近いシステム（Close-to-Client：CTC）」、「長期のケア（Long-Term-Care：LTC）」、「費用効率の高いケア（Cost-Promoting-Care：CPC）」へと変わろうとしています。そして世界貿易機構ドーハ開発アジェンダもまた看護専門職者へ新たな行動を起こすように呼びかけています。看護は、医学やそれに関連した諸科学の中にあって、看護の独自性を打ち出そうと努力してきました。もちろん、看護は隣接諸科学との連携が重要な学問分野ですが、同時にそれ独自の知識体系を有しております。私は、1970年代の中頃に、看護理論の学会に参加し、そこで「看護独自の体系化された知識が存在しうるのか」という問題が議論されていたことを今でも思い出します。

看護は、もちろん、どのようなものでも投げ込むことのできる果物かごではありません。医学、社会学、社会福祉といった学問は看護と深く関わっていますが、それらをすべて抱合することはできないのです。看護は果物にたとえますと、マンゴのように味が混ざった果実でしょうか。看護においては、理論と実践が同時に、それも劇的に発展してきました。私たちは、看護を医学から区別しています。しかし、看護は、いまだにクライアント、ゴール、役割・機能、そして行為の間に関連する問題を抱えているのです。このような問題は、時間とともに変化しつつあります。画一化や社会規範と合わせることは、もはや高い評価を受けません。逆に、個別性や規範からの解放といった点の方が評価されているのです。看護が目指すものは、命を延ばすことではなく、むしろ健康的な生活を保持し伸ばしていくことです。健康的な生活は自力への依存と創造力により性格づけられます。同時に、看護のゴールがもたらすものは、1) 人々の健康の唱道者として、2) 健康的な生活実践



の推進者として、3)ヘルスケア・システムの保護者としての役割です。

一歩進んだ看護実践 (advanced nursing practice) に関する最近の潮流は、コラボレーション活動を目指して新たに生まれた主要な要因です。一歩進んだ看護はナースが医師の役割を演ずることではなく、看護の基礎をなす健全な考えに基づいて実践活動を行うことであると誰もが認識しております。これは、看護実践のシステムティックな積み重ねにより、学問・科学としての看護の体系的な知識を作り上げていくのです。

看護には、現実に対応できるシステムティックな看護技術・看護プログラムを開発し、その看護プログラムを標準化して、看護職者の独自の決定やその実施への確固たる基礎として利用することが求められています。

医学的処置という考えが広がり、また健康、そして看護という概念も広がっております。かつては、看護は医学に含まれていましたが、そのため看護は医学の影に隠れて実態が見えにくいものでした。現在では、看護を医学から区別して独自のものと見なそうという動きが着々と進んでおり、看護それ独自の分野も広がっております。看護は、それ自身の境界を定め、看護が扱う独自の分野をはっきりと知らしめる必要があるでしょう。そして、看護独自の分野は法により守られています。こういった点が、看護におけるコラボレーションが必要であると結論づける、もっとも重要な理由のひとつなのです。

### コラボレーションをどう実現するか

ここで、私はコラボレーションの方法とその領域について詳しく論じるつもりはありません。他の発表者の中にもこの問題を取り扱っておられる方もいらっしゃるようです。

すでに述べましたように、コラボレーションという概念は単純ではありません。コラボレーションにはいくつかの異なる次元があり、また発達の段階が存在します。コラボレーションをシステムティックに行うことや、継続的に行うことよりも、単発的に実施する方が簡単です。ある集団の中のひとりの人が自己の適性を感じ、他の集団との共通の目的を持ったとき、その集団はコラボレーションを開始することになります。しかし、少なくともひとつの集団に有益な結果をもたらさない限りは、その関係は継続しません。そして、過不足なく意思疎通のできる方法、とりわけ言語能力は必要不可欠の要素になります。真のコラボレーションとは新たな関係であり、そこには参加が求められているのです。

コラボレーションを構成する4つの要因がありました。コラボレーションの種類は関与に関する範囲、領域、単位、内容によって変わってきます。さらに、専門職内の内容といった要因には3つの分野があり、それぞれのタイプは異なっています。個人的で散発的なコラボレーションではなく、組織的なコラボレーションを開拓するために、私たちは「自己」に関するより深い理解を目指したメカニズムを構築する必要があるでしょう。私たちに必要なものは、自己の適性判断能力、専門職者として経験を積み成熟すること、コミュニケーション能力をより高めることです。そして、看護の発展に向けて共通のゴールを目指すことです。最初は、自己中心的であってもいいでしょう。しかし、そこからパートナーシップを目指して、自己啓発し、自らを適合させていかななくてはなりません。

私たち看護職者・看護研究者は、お互いが集い、共同研究を実施し、その成果を共有し、

ともに学びあうという機会を今まで以上に持たなければなりません。その意味で、本日の研究集会はコラボレーションへの意欲を掻き立ててくれる非常によい機会なのです。そして、「アジア看護調査基金 (Asian Nursing Research Foundation)」もまた、こういったコラボレーションを目指す活動への最善の方法のひとつです。今は、私たち看護職者が協力して頑張る、まさにチャレンジの時期なのです。チャレンジとは、

- 常識を超えること。
- 達成された結果だけで満足しないこと。
- すでに知られたことでも常に研究・評価を継続することを忘れないこと。
- 新しい視点や知識を探求すること。
- 新しいものに対して常に好奇心を持つこと。
- 未知のものへの恐れをなくすこと。
- 失敗を恐れないこと。

皆様もご存知の「マーフィーの法則」に、「たとえ正しいことであっても、それが複雑怪奇、理解不可能であるならば、むしろ、たとえ間違っていることでも、理解しやすく、実行可能なものの方が便利である」という法則があります。私は、複雑怪奇で理解不可能な考え方をご紹介しようとは思いません。ここにいる私たち全員で、システムティックなコラボレーションの可能性を探ることができるよう望んで止みません。

(訳：江藤裕之)

## 保健医療分野におけるわが国の開発協力

藤田公郎\*

### I. 第二次大戦後の被援助国としての日本

#### 1. 占領下の日本への海外からの援助

第二次大戦が終了した時、日本は全く廃墟の中にあった。工業施設は完全に破壊され、農地はうち棄てられており、数百万の復員軍人、帰還者が中国、朝鮮、台湾、東南アジアその他の地域から帰国して来た。町は失業者、浮浪児、復員兵で溢れていた。連合国の当初の政策は、日本の軍事的経済的大国としての復帰をなんとしても阻止することにあった。数百万の日本人が寒さと飢えて 1945 年の冬は越せまいと予測されていた。

しかし、占領の初めの数ヶ月がスムーズに進み、日本人の悲惨な状況がニュースで流れるにつれ、連合国、特に米国内の世論は徐々に変化し、食料、医薬品、衣料品等を中心とする緊急人道援助が大量に日本に注ぎ込まれるようになった。

米国の政府援助は、ガリオア、ついでエロア計画下で供与され、1946 年から 6 年間で、両計画により供与された物資の価格は、総計 18 億ドル、現在の貨幣価値で 12 兆円に及ぶ莫大なものであった。

また WHO やユニセフといった国連機関も、乳幼児用の食品、粉乳、バター、衣料品、さらに腸チフス、発疹チフス、ジフテリア等のワクチン等を供与してくれた。

CARE や LARA といった NGO も膨大な援助を日本に向けて行った。1948 - 55 年の間 LARA が日本に供与した物資総額は 5,000 万ドル、現在価値で 4,000 億円にも達し、戦後暫くの間 LARA は学校給食と同義語であった。

日本人の一看護婦は、「ララは単に日本人に食料を与えたのみでなく、日本人全体が戦争直後の暗黒の日々、絶望的な状態にあったとき、彼らに希望と愛を与えたのである」と当時を回想している。

また或る医者は回想して、「当時殆どの日本人にとって結核と診断されることは死の宣告と同様であった。何故なら当時の日本には結核に効果のある薬は全く無かったからである。ララ物資でストレプトマイシン、ペニシリンが供与されてはじめて数十万の日本人が救われたのである」と述べている。

#### 2. 世界銀行借款による復興

---

\* 前国際協力事業団 (JICA) 総裁。現在 JICA 顧問、国際開発高等教育機構評議員会長。東京大学法学部卒業後、1956 年外務省に入り、オランダ大使、インドネシア大使、国連日本代表等を歴任した。1994 年から 6 年間 JICA 総裁を務め、満期退職後、JICA のシニアボランティアとして 2000 年単身サモア独立国に赴任し、同国外務大臣の顧問を 2 年間務めた。

1952年日本は世界銀行に加盟し、以後1966年までの間、日本は世銀借款によってそのインフラ建設を進めることになる。数年間、日本はインドに次ぎ、世銀第二の借り手であったし、借款を完済したのは1990年になってからである。

世銀借款によって、東名、阪神、首都高等の高速道路、ダム、用水路等のインフラが建設されたが、最も有名なものは東海道新幹線であろう。また日本開発銀行を通じて、鉄鋼、造船、自動車という日本の産業の中核がその恩恵を受けた。

### 3. 経済復興の要因

戦後の日本が経済復興を遂げることができた原因として、(1)国際情勢の変化すなわち東西冷戦の開始、(2)人的資源や制度等目に見えないインフラがそのまま残っていたこと、すなわち規律、勤勉、所属組織への忠誠心等がその後の経済発展の基礎となったこととともに、(3)上述の如く、米国、国連、慈善団体等からの暖かい援助が大きな貢献をしたことを忘れてはならない。

### 4. 被援助国としての経験にもとづく日本の援助哲学

また、日本の被援助国としての経験が、その後大援助国になった日本の援助哲学に強く反映されている。例えば(1)自立経済の実現を経済協力の目的とすること、(2)人的資源開発すなわち教育が経済開発の基礎たるべきこと、(3)インフラ建設、要すれば外国の借款を利用してでもこれを建設すること、借款返済に耐えうる経済的効果をもつインフラの建設の重視等が挙げられる。

## II. 援助国日本—ついに1989年世界最大の援助国になる

### 1. コロンボプラン—被援助国日本の技術援助

未だ被援助国だった日本は、1954年、コロンボプランへの加盟という形で先ず技術協力の援助国となった。日本の技術援助は、ビルマ、インドネシア、イラン等近隣アジア諸国への稲作技術の伝授という形で始まった。

当時日本で学んだインドネシア人によると、「日本に到着してショックを受けたのは、日本の余りの貧しさだった。ただそれと共に、日本人が上下心を一にして国家の復興に邁進している姿に心を打たれた。国民が一心一体となる状況は、自分自身の国を含め、他の国には見られない現象だった。」

### 2. 賠償の支払い

その後、近隣アジア4ヶ国に対する賠償支払いと9ヶ国に対する準賠償の支払いが行われた。これは、日本からの物資、サービスの提供という形で行われ、その作用において開発協力と同じ関係が構築された。

### 3. 円借款

円借款は 1958 年インドに対するものを最初に、ついで順次他のアジア諸国、ラテンアメリカ諸国に対し、輸出振興を目的として供与が開始された。

#### 4. ODA の拡大

日本の ODA が計画的に拡大されるようになったのは、1966 - 67 年の福田内閣においてであった。同内閣の下で、最初の ODA 中期計画が開始され、その後日本は順次 5 回の中期計画を発表、実施し、先ず 1989 年に、ついで 1991 年から 10 年間 2000 年に至るまで、日本は世界で最大の援助国の地位を保持し続けた。

#### 5. 日本の援助理念

1992 年日本の内閣は ODA 憲章を採択し、これによって日本は自らの援助哲学、政策を明らかな形で内外に宣明した。ここで明らかにされた援助理念は、人道的考慮、相互依存の考慮、環境への配慮、及び自助努力への支援である。

### Ⅲ. 開発過程における保健医療協力の地位

#### 1. ベーシック・ヒューマンニーズとしての保健医療

1970 年代以降、保健医療は教育と並び、人間の基本的必要、ベーシック・ヒューマンニーズの不可欠の構成要素として、開発分野で重視されてきた。1998 年世界銀行編纂の世界開発報告は、健康こそが個人の経済生産性を向上させ国家の経済成長を促進すること、したがって健康向上のための投資は開発を促進するものであること、貧困と健康の悪化は悪循環の関係にあり、健康の悪化は社会開発を阻害すると共に、それは開発の遅れの結果でもあるのだとしている。

#### 2. 日本の保健医療協力

かかる保健分野重視の傾向に従い、日本の保健分野の協力は先ず技術協力、すなわち医師団をエジプト等中東や東南アジア諸国に派遣することから始まった。

1970 年代になると、各国医療の中核となっている病院の建設、建て替えと、技術協力を組み合わせた形の協力が行われる様になった。この最初のケースが南ベトナムの首都サイゴンに建設されたチョーライ病院再建計画である。

チョーライ病院に続き、中国(中日友好病院)、スリランカ(スリジャヤワルダナプーラ総合病院)、ボリビア(サンタクルス総合病院)にも同種の協力が行われた。

### Ⅳ. 保健医療協力の発展——医療協力よりプライマリヘルスケアへ——

#### 万人のための保健 Health for All イニシャチブ

#### 1. プライマリヘルスケアの重視

1978年、WHO と UNICEF の共催で開催された World Health Assembly は、「紀元 2000

年までに万人に健康を」とのイニシャチブを提起した。このイニシャチブの戦略をなしたものは、「プライマリヘルスケア」である。

プライマリヘルスケアの4原則は、(1)社会参加；(2)現実の保健需要への対応；(3)手に入る全ての材料の活用；(4)関連部門の動員である。特にプライマリヘルスケアの実践に決定的に必要なものは保健教育である。

## 2. 日本のプライマリヘルスケア協力

日本もその協力活動においてプライマリヘルスケア重視の政策を取ってきた。プライマリヘルスケア戦略が開始された頃、保健分野での協力総額中プライマリヘルスケアの占めた率は8%程度(1985年)であったが、10年後の1995年にはこれが26%にまで上昇しており、世界各地で常時13ないし14件のプライマリヘルスケアプロジェクトが進められている。

例を挙げると、先ずネパールにおいては、保健医療活動の中心は数の少ない総合病院、州立病院ではなく、各村に置かれたヘルスポストとよばれる簡易診療所である。ヘルスポストには医者はずらず、看護婦が駐在している。その任務は、妊婦の健康管理、予防注射、栄養管理、伝染病予防運動等の基礎的保健活動である。

ザンビアにおいては、首都ルサカの貧困地域ジョージコンパウンドに日本の無償資金協力でまず深井戸を掘り、給水施設を完成させた後、衛生施設、ゴミ処理施設を建設した。さらに、同所で活動するNGOに補助金を支出し、NGOが看護婦、コミュニティ活動指導者を派遣して同スラムの生活向上活動を行なっているのを援助している。

日本が国内で実施し、母子保健の面で大きな成果を上げた「母子手帳」を途上国に紹介するプロジェクトも、プライマリヘルスケア部門で大きな成功を収めているものの一つである。1989年にインドネシアで母子健康プロジェクトとして導入され、大きな成功を収めた後、タイ、メキシコ等でも活用されている。

## V. 保健分野における地球規模問題

グローバリゼーションの進展下で、保健分野はこの影響を最も強く受けている分野であると言い得る。

### 1. 人口問題

人口問題は、地球規模の環境、食料、エネルギー資源に密接に関連しており、また多くの途上国において、貧困、失業、教育面での後進性、環境悪化等の悪循環を惹起している。こうしたことから、この問題は極めて重視されており、地球規模問題が論じられる際には、常に人口問題がトップに挙げられる。

## 2. 人間の安全保障としての感染症対策

HIV/AIDS を含む感染症は特に国際社会が一致して対応すべき地球規模問題である。最近、個人の生活と生命の尊厳を守るという意味での人間の安全保障が重視されるようになったが、その中でも感染症の問題は重要な地位を占めている。

## 3. 感染症の撲滅

WHO による天然痘撲滅宣言は 1980 年に行われたが、これは人類の歴史において特定の重要な感染症が撲滅された最初のケースであった。1988 年、WHO は小児麻痺を世界から 2000 年までに撲滅する目標を立てた。ワクチン注射がその主要な手段である。北米・南米での撲滅宣言の後、西太平洋が 2000 年に polio-free を宣言した。目下の努力は南アジアとアフリカに向けられている。

2003 年 5 月開催のエヴィアン・サミットにおいて、「小児麻痺撲滅のために必要な資金を一層動員する」旨が謳われた。

## 4. 沖縄感染症イニシャチブ

日本は第二次大戦後に結核による死亡率を急激に低下させることに成功した経験を持つ。これは公衆衛生活動と結核予防措置を手際よく結びつけることによって成し遂げられた。このような自らの経験にもとづき、2000 年の沖縄サミットにおいて沖縄感染症イニシャチブを発表し、HIV/AIDS を含む感染症抑制活動を提唱した。

# VI. 21 世紀の展望——ミレニアムサミットの開発目標と日本に期待される役割

## 1. 21 世紀の開発戦略

1990 年代の開始と共に種々の開発問題を扱う国際機関が相次いで国際開発目標の発表を行った。国連は 2000 年の特別総会において上記種々の目標の総合集約版とも言えるミレニアム開発目標 Millennium Development Goals を決議した。

これら 21 世紀に向けての開発戦略に共通する点を挙げると次のとおりである。(1)開発の最終目標を貧困撲滅に置いていること；(2)開発を決定付ける要素として非経済的要因 (good governance, participation, institution 等) を重視していること；(3)総合的アプローチの重視；(4)結果重視；(5)パートナーシップの重視。

## 2. 保健衛生に関連する目標

ミレニアム開発目標 8 項目中、保健衛生に関連する目標は実に 4 項目を占めている。すなわち第 4 項：乳幼児死亡率を 2015 年迄に 2/3 削減する；第 5 項：妊産婦死亡率を同じく 2015 年迄に 3/4 削減する；第 6 項：HIV/AIDS、マラリアその他の主要疾病の拡大傾向を阻止し縮小に向かわせる；第 7 項 b：安全な飲み水に恵まれない人の比率を半減する；第 7 項 c：2020 年までに 1 億人のスラム住民の生活を画期的に改善する。

2002 年度版の国連開発計画の年次報告書によれば、多くの国がミレニアム開発目標の達

成に向けて進展を見せており、楽観的な見通しによると、年 1 人当たり所得が 3.7%成長すれば目標は達成可能であるとしている。しかしながら、多くの国、特に最も貧困な諸国ではこの目標の達成が危ぶまれている。サハラ以南のアフリカ諸国についてみると、23 ヶ国は遅れており、さらに 11 ヶ国についてはデータが無い。特にデータの欠如は深刻である。例えば HIV/AIDS や妊産婦死亡率の目標については、現状をモニター出来る国際データは存在しない。しかも大体においてデータの無い国ほど成績の悪い国である場合が多い。その結果、入手可能なデータによる推計は楽観的過ぎる見通しとなるのである。

### 3. 保健医療分野における日本の経験

日本は開発協力のトップドナーの一国としてのみならず、自身が保健、医療の面で大きな成功を収めた経験をもつこともあり、保健医療協力については、資金面で大きな規模の協力を行っているのみならず、種々独自のイニシアチブも取って来ている。

この点に関し、わが国の少子高齢化の経験について一言付け加えたい。よく知られているように日本の少子高齢化は他に例を見ない速さで進みつつある。日本の合計特殊出生率(一人の女性が一生の間に生む子供の数)が置換水準 2.08 を切ったのは、遙か以前のことであるが、「人口増加の隠れた慣性」のため、人口の絶対数は増加を続けて来た。しかしこれも 3 年後の 2006 年、日本の人口は 1 億 2,774 万人でピークに達し、それ以降は急激に減少しはじめると推測されている。100 年後の西暦 2100 年には、日本の人口は現在のほぼ半分の 6,414 万人にまで減るものと推定されている。

このような悲観的な人口見通しが現在の長引く経済不況の一つの原因であることは疑いを入れない。この一つの結果として、社会保障が益々若年層への負担増としてのしかかってくることは既に各界で白熱した議論を呼んでいる。この問題は日本に限らず先進国全てが程度の差はあっても軒並み直面しているのであるが、日本のような急激な少子高齢化を経験しつつある国はほかに無い。

さてそれでは途上国はどうであろうか。実はここでも少子高齢化の傾向は既に始まっているのである。世界の平均人口増加率は既に 1970 年代にピークに達して低下しつつある。妊産婦、乳幼児の死亡率の低下は、もちろん開発協力の成功を示すものであるが、感染症対策の成功と相俟って、途上国における人口を安定化、ひいては少子高齢化に向かわせつつあるのである。したがってそれほど遠くない将来、高齢者対策、さらに、これに伴って生ずる障害者対策が途上国との協力において高い優先度を与えられる時期を迎えることになろう。実は日本はこの分野においても、最も進んだ医療保険、徹底した社会保険制度を備えた国であり、且つ、現在この問題で苦しんでいる国として多くの伝えるべき経験を持っているのである。この点からも日本としては少子高齢化とその対策という面で、途上国に対しその経験を伝えていくべきものといえよう。



## 教育交流の視点

Yu-Mei (Yu) Chao\*

この度は、異文化看護学国際研究集会にお招きをいただき、心より感謝申し上げます。アジア・太平洋地域の看護国際協力というテーマで、私の視点を皆様にご紹介できますことは大変名誉なことと思っております。

### 教育交流の視点からみた看護国際協力の重要性

「看護教育における国際協力の重要性」というテーマについて、私の考えを紹介しながら発表を進めます。重要関連事項のすべてを述べ尽くすことはできませんので、この場での問題提起として最も重要だと考える点のみ発表します。

まずはグローバル化現象です。これは、避けて通ることのできない最重要課題です。グローバル化の問題はもともと経済的視点から論じられてきましたが、今日のグローバル化の影響が及ぼす範囲は経済問題を超えております。グローバル化により人々の相互依存は高まり、経済、文化、技術、そして統治機構を統合しつつありますが、同時に、グローバル化はものの考え方、見方、発想法でもあるのです。

次に重要な点は IT 時代の到来です。コンピュータやインターネットの進歩による新しい IT 技術 (e-world や e-learning など) は日々の生活環境に浸透しております。この新技術の開発にともない、情報処理スピードは格段に進歩し、情報の幅も大幅に広がり、情報処理コストは下がり、情報入手や処理の方法は著しく簡単になりました。このように、広範囲にわたる知識や情報の入手が可能となり、教育機関のみに限定されるようなことはなくなります。ですから、今後は大学のみが知識を供給する唯一の機関ではなくなるでしょう。そこで、大学の教員には新たな役割、すなわち生涯学習や自己学習の環境整備を推進するという役割が期待されているのです。

第 3 の点は看護教育です。世界的に見て、今日の看護教育は、より高度な教育システムに向けて徐々に移行しつつあります。その結果として、高度な看護教育に対する社会一般の期待に応えるため、看護学は医療施設での活動を中心とした従来型の教育デザインを再考する必要があります。新しい看護教育カリキュラムはより広いグローバルな視点に立ちつつ、人々の健康と生活の現状を踏まえたヴィジョンと信念を反映することが求められています。

最後に、極めて重要な点に注目いただきたいと思います。アジア・太平洋地域での看護活動は、この地域の独特な文化に根ざした看護知識を発展させることでよりいっそう積極的な役割を担うことが期待されます。この役割は、アジア・太平洋地域を越えた世界的な

---

\* 台湾国立大学特任教授。

視点においても、科学・実践としての看護に貢献することでしょう。

## 看護教育国際協力推進の成果

それでは、これまで私たちが推進し業績を挙げてきた看護教育における国際協力の内容と方法について以下の4つの点にまとめてみましたので、ご紹介しましょう。

### 1. 世界的プロジェクトと合衆国レポート

#### A. WHO 看護・助産コラボレーション・センター

1987年設立のWHO 看護・助産コラボレーション・センター（WHO Collaborative Centers for Nursing/Midwifery Development）についてはよくご存知のことと思います。このセンターの目標は、看護・助産の発展に献身的に取り組み、プライマリ・ヘルスケアを通じて「すべての人に健康を（Health for All）」のゴールを支援するものでした。このような目標は、看護教育、看護研究、そして看護実践の場における人的資源、情報源、資産などの要素が協力・連携し、流動的になることを通じての達成が望まれます。

1993年の報告では、WHO コラボレーション・センターは世界13カ国23カ所に設置されていました。これらのセンターが報告する事例研究を概観しますと、多岐にわたるアプローチやさまざまな活動がセンター主導で行われてきたことが分かります。共同研究センターでは看護教育の分野での協力体制を推進するために、次のような活動がなされておりました。

- (1) 高齢者対策のための上級訓練コースを提供する老人看護センターの開設。
- (2) 看護学教員養成。看護学士の学位を持つナースに対し、大学やディプロマ・コースで看護学を教える能力を高めるための教育の実施。
- (3) 看護学コースの教員への院内研修（院生参加の場合には履修単位を与える）。
- (4) 助産に関する基礎教育の強化。
- (5) 大学教員であるナースと看護学専攻の院生（博士・ポスドク）を対象とした研究スキル育成コースの設置。

1993年の報告書以来、WHO コラボレーション・センターの数は増加しております。アジア・太平洋地域では、オーストラリア、日本、韓国、フィリピンの少なくとも4カ国にセンターが開設されています。ここで、私が提起したい問題のひとつは、アジア・太平洋地域に存在するこのネットワークを通じて看護協力体制をさらに推進していくためにはどのような方法をとればよいのかということです。

#### B. 国際協力プロジェクトに関する合衆国レポート

Lash, Lusk, 及び Nelson の調査（2000）によりますと、この調査に回答をよせたアメリカの大学で看護学博士課程を受け持つ247名の教員は1985年から1995年の間に合計805件の国際活動を行ったことが明らかになりました。西ヨーロッパの大学（全体の32%）とアジアの大学（全体の22%）が、もっとも頻繁にアメリカから看護学の学者を

受け入れています。その場合、主たる研究資金の提供先は受け入れ先の大学が 40%と最多でした。最初の訪問は客員研究者という形が一番多く、その後が続く受け入れ候補者に関しては、受け入れ先の教育機関が過去の訪問者と連絡を取るというのが一般的なようです。

国際的な活動経験のパターンとしては教育活動が一番多く、次に、コンサルティング、そして研究活動と続きます。教育活動の項目としては、研究計画と測定法の問題、看護理論開発、保健統計学、慢性病ケア、小児疼痛管理、癌ケア、地域看護などがあります。32名の学者が患者ケアに直接関与したとの報告がありますが、臨床指導について言及したデータはありませんでした。世界的規模で言いますと、アメリカの看護学者による授業を通じての看護学の知識の普及が、看護学の国際的な交流の場ではもっとも普及した国際交流活動のように思えます。

## 2. 台湾の経験

台湾は、これまでいくつかの国によって植民地化されてきた歴史を持っており、完全な看護教育システムが確立されるまで 100 年の年月がかかっています。正規の院内教育プログラムは、1897 年に当時の統治国であった日本政府によって台湾に導入されました。長い年月を経て、台湾の看護教育は、徐々にではありますが、職業訓練校レベルから短大レベルへ、そして大学レベルへと形を変えてきました。このように学問としての看護のレベルは上がって参りましたが、1997 年に台湾で最初の看護学博士課程が設置されるまでは、台湾の看護教育システムは完成したとは見なされず、また他の専門諸学科と比べることもできなかったでしょう。

台湾における看護教育を推進する過程で、世界中から多くの看護学専門の研究者・教育者の支援をいただくことができました。私の記憶でも、1956 年に台湾の国立大学で最初の看護学士コースを開設した際には、WHO の看護専門職者から多大なる援助をいただき、その後もさまざまなレベルの看護学校で授業や臨床教育を担っていただきました。台湾の看護学がより高度な教育レベルへと移行するに伴い、看護学は台湾の政府機関（日本での文部科学省、あるいは科学振興財団に相当）から助成を受けるにふさわしい分野となりました。その助成により、国外から看護学研究者を招聘し、大学での講義、カリキュラム作成への相談、ワークショップやセミナーなどの実施をお願いしております。

以上の点が、これまで台湾で行われてきました看護学の国際協力プログラムのモデルです。簡単に言えば、従来の国際協力プログラムは、その多くが「東洋＝受け手」、「西洋＝提供者」というパターンだったのです。この何年かで国外に招待される台湾の看護学者も出ていますが、国際協力では台湾はその大部分が受け手側にまわったままのようです。看護学の国際協力で、私たちはいったいいつまでこのような受身的な役割に甘んじてよいのでしょうか。私たちは、これから先、今までよりも能動的なパートナーとしての役割を演ずる準備はできているのでしょうか。

台湾はグローバル化という世界的な潮流に乗ろうと非常に熱心です。最近、台湾政府は大学に関連する法令を変え、大学生が所属大学以外にも、国内、または海外の大学に入学し、同時に 2 つの大学を卒業することを可能にしました。こういった政策転換により、台

湾の大学生、及び大学教員の流動性がさらに推進されることは確実です。

### 3. 東アジア看護学研究者フォーラム (EAFONS) を通じてのネットワーク経験

最後に、東アジア地域での新たな看護学ネットワーク構築について話をしましょう。アジア地域で看護学を専攻する学者の環境を整え、博士課程レベルの教育に関する情報の共有と教育内容の強化を目的として、1997年に香港理工大學看護学部により東アジア看護学研究者フォーラム (EAFONS) が計画・実行されました。EAFONSの主要な目的は、国際的な協力・連携を通じ高度な看護学博士課程教育を強化し推進することです。

香港で開催された第1回EAFONS大会には香港、韓国、台湾、フィリピンの看護学者が参加しました。1998年に韓国の梨花女子大学で行われた第2回大会では、年1回のペースで大会を開催する合意がなされました。それ以降のEAFONS大会は以下のとおりです (1999年は実施せず)。

第3回大会 (2000年) Mahidol University (タイ)

第4回大会 (2001年) Silliman University (フィリピン)

第5回大会 (2002年) National Taiwan University (台湾)

第6回大会 (2003年) 兵庫県立看護大学 (日本)

EAFONSのウェブサイト (<http://nhs.polyu.edu.hk/nhs/schact/index.html>) 開設はEAFONS第3回大会でEAFONS会計担当の香港理工大學 Davis Arthur 教授により公式に発表されました。また、EAFONSの公式ジャーナル *Asian Journal of Nursing Studies* の出版は第6回大会で決定されましたが、これは、本日パネリストとして私と一緒にこの壇上に上がっておられる香港理工大學看護学部長 Thomas Wong 教授 (*Asian Journal of Nursing Studies* の編集長) の貢献によるものです。EAFONS設立の目的、第6回大会の詳細は、EAFONSウェブサイトに掲載されており、簡単にご覧になることができます (<http://nhs.polyu.edu.hk/nhs/schact/index.html>)。

EAFONS設立を最初に構想したのは小児癌の看護専門家として世界的にも著名な Ida M. Martinson 博士 (元香港理工大學教授) でした。Martinson博士は1980年以来アジアでの看護研究、及び看護教育について豊かなご経験をもち、その経験に基づいてEAFONS構想、すなわち東アジア地域の看護学者の連携というアイデアを推進されてまいりました。その連携は単に情報を共有するのみではなく、看護研究と看護教育を推進するためのものでもあったのです。複雑な文化的背景、社会・経済システム、多様な看護教育システム、そして地理的な近さを利用して協力しあう必要性を十分に認識しながら、EAFONS参加者は東アジア地域における看護学の博士課程教育に関与するそれぞれの国の代表者たちと一丸となって活動を始めました。

設立以来この7年間、EAFONSは看護研究・看護実践の領域で人材や情報を交換し、ネットワークを構築し、能力を開発し、そして研究者の交流を深める目的で、東アジア地域の看護学の博士課程学生、教員、そして看護部門における指導者たちを対象に公開フォーラムを開催し、成功を収めて参りました。EAFONSは小さく始まったばかりですが、東アジア地域における将来的な看護協力を目指して、ともに前進し続けるための理想的な土台となることでしょう。

## アジア・太平洋地域の看護教育協力を推進するためにこれからできること

### 1. アジア・太平洋地域の価値観と看護の本質を共有することの必要性

アジア・太平洋地域での教育交流を中心とした看護国際協力を推進するものは次の2点の問題に対する解答が基本になります。ひとつは「看護の知識と臨床実践の質を高めるために、世界的レベルで看護学（看護研究・看護実践）にどのような貢献ができるか」という問題であり、もうひとつは「アジア・太平洋地域内での看護国際協力を推進するために何ができるのか」という問題です。

本年3月8日から9日に兵庫県の淡路で行われた第6回 EAFONS 大会で議論された問題のひとつに、「アジア・太平洋地域での看護学博士課程の発展への協力」というテーマがありました。しかし、この大会から得た私の印象では、アジア・太平洋地域における看護教育面での協力活動は、その大部分が先に言及した Lash 報告で述べられていたような形で実施されているようです。

そこで、アジア・太平洋地域の看護学に携わる学者が、自らの研究・実践で得た看護知識を世界の看護研究に貢献すべく、より前向きな役割を担うように仕向けるためには、固有の文化背景に根ざしたアジア・太平洋地域の看護の本質が何であるかをはっきりさせ、それを厳格な研究手法を用いて吟味し、さらにはその成果を正確に記録する必要があるでしょう。私の提案は、この件について専門的に作業を行う部会を東アジア地域に EAFONS を通じて組織することでした。アジア・太平洋地域の看護とヘルスケア・システムの理念的基盤を看護教育カリキュラムと指導法に活かすような看護教授法作成に着手し始めることは、現実問題として実現可能なのです。

### 2. 将来の戦略

ここで、ボトムアップ型とトップダウン型という2つの手法を紹介し、今後の戦略として提案します。この2つの手法は異なっておりますが、相互補完的なものです。

#### A. ボトムアップ型の手法

「ボトムアップ型」の手法とは、個人の研究者、もしくはひとつの機関によって行われる看護国際協力活動のことを言います。このボトムアップ型は、以前から看護教育機関では個々の看護学研究者を通じて採用されてきましたし、また今後とも採用され続けるでしょう。この手法により、異なる2つのグループ間での同意締結や協力関係開始が迅速かつ容易になります。カリキュラム作成や教授法開発の国際間の相互協力を促進するためには、2者間での一方向のみの協力関係ではなく、双方向の協力関係が推進・拡充されるのが当然でしょう。しかし、ボトムアップ型の手法には大規模な共同協定が欠けているため、協力の結果や影響はどちらかというとなさなものであり、また分散したものとなります。

#### B. トップダウン型の手法

「トップダウン型」の手法は、参加メンバー全員の同意のもと、一定のルールを定めた

上で、共同プロジェクトを実施・推進することです。このような「トップダウン型」方式は、今日、グローバル化の波が押し寄せてくる社会では、とりわけ重要な手法です。今後は、他大学との共同研究プロジェクトや協力体制を維持できないような大学・研究機関は存続しえないでしょう。

本日のパネル討論の発表を準備しているとき、ある発見をして知的な興奮を覚えました。それは、1993年にアジア・太平洋大学交流機構（University Mobility in Asia and the Pacific：UMAP）という、アジア・太平洋地域の大学間での学生・教員の交換プログラムが創設されたという情報です。このプログラムへ参加する学生はこの地域の文化、経済、社会システムをより深く理解することができるでしょう。そして、より高度な研究教育機関間の協力体制を拡充することもできます。UMAPの規約、会員、統治機構、役員、会計、交換プログラムの理念、単位交換制度の仕組み等についての詳細はUMAPのウェブサイト（<http://www.umap.org>）をご参照ください。UMAPの理事メンバーは正会員である19ヶ国からなっており、事務局は現在東京にあります。このUMAPを通じて看護学における共同研究教育プロジェクトがどのように推進されうるのでしょうか。この点は、もっと深く考慮される必要があるでしょう。

専門職としての看護学にとり、EAFONSはこの「トップダウン方式」のひとつの典型とみなすことができるでしょう。つまり、アジア・太平洋地域での看護の国際化と国際協力をより高度な教育体制の中へと推進していくのです。そこで、EAFONSがひとつのモデルとしてUMAPプロジェクトを取り入れ、看護学を専攻する学生の海外経験を充実させてはどうかと提案いたします。留学先の言語を十分にマスターし、その国の文化へ十分に順応し、さらには当地の大学で通常の授業を他の看護学生と同じように履修できるまで、長く滞在できるようなシステムを作るのです。

今後、EAFONSが組織として大きくなれば、看護学の学士・修士コースに在籍する学生、教員を含んだ共同研究教育プロジェクトの拡充もまた望まれるでしょう。このような活動を通じて、アジア・太平洋地域における将来の看護学を背負うリーダーは、まだ若い間に、同じ地域の他の国々における健康問題や看護に関する問題について精通することになります。その結果、専門職としての看護に対して、地域で活躍するにせよ、国際的に活躍するにせよ、より世界的な視点からの見方を備えた看護職者になることでしょう。

#### 参考文献

- Kim, M.J. (ed.1993). *Primary health care, Nurses lead the way: A global perspectives*, Washington DC: American Association of College of Nursing.
- Lash, A.A; Lusk, B. & Nelson, M.A. (2000). "American Nursing Scholars Abroad, 1985-1995". *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 415-240.

(訳：江藤裕之)

## 国際共同研究プロジェクトの視点

Thomas K. S. Wong\*

重症急性呼吸器症候群（SARS）という新型肺炎の流行により、共同研究の必要性が急務となっております。我々が SARS に対処した様子は、まさに「同じ屋根の下で暮らしている」者どうしの助け合いでした。SARS の原因であるコロナウイルスについての新たな情報、その感染ルートが飛沫感染によるものであったこと、SARS から身を守るために必要な装備、SARS 治療に関する新たな手順などが、医療職者の間で一様に、そしてほぼ瞬時に広まり共有されました。SARS との戦いでの勝利は多くの国の共同作業の結果であるとは簡単に結論づけることはできないかもしれません。しかし、国際的な共同作業により SARS 発見のスピードが速まったことは確かです。SARS との戦いに私も参加し、今なお苦しい思いがありますが、同時に多岐にわたる専門分野を越えた共同研究、多くの研究所による協力体制、そして国際的な協力関係を通じて成し遂げられたことに、大きな喜びを感じております。

今回の SARS 対策ほど、看護における共同研究が重視された例はかつてありません。SARS 患者の症状が次第に深刻になるにつれ、SARS 関連の知識や専門家の見解が学問や国境の枠を超えて交換される必要性が大きく求められています。健康に関する問題の多くは、単にその地域の問題としてではなく、地球的規模での関心事となっており、今回の SARS 騒動はそのよい例でした。看護はまだ完成された専門分野ではありませんが、このような問題に対処するためにも、看護における共同研究が必要であると考えます。

共同研究を進めていく中には、多くの複雑な事項と多様な事態が待ち受けています。そこで、こういった問題を扱う上で、まず「共同研究」を定義しておこうと思います。そこで、次の Engstrom（1984）による定義を参考にしましょう。

〔共同研究とは〕さまざまな研究者、業者、学者、臨床医、そして各分野の代表者が有している資源を蓄える研究努力のこと。

また、Henneman（1995）の定義も参考になります。

共同研究とは、さまざまな分野の研究者がその専門的知識・技術を共有しあうプロセスのことである。この共有を実現するためには、それぞれの参加者が全体に対して貢献できるものは何かを十分よく理解することが必要である。

### 共同研究の型

この発表では「知識の進歩」について考察を加えるつもりはありませんが、人々の間に

---

\* 香港理工大學看護学部教授。同学部長。

知識が広まる方法を考えることは重要な意味があります。専門的職業とは、その定義によれば、正式な専門教育を通じてのみ得ることができる、他の専門とは質的に異なる独自の知識を有しているはずで、その分野の専門家のみが、その分野に必要な専門的知識・技術を有していると理解されるでしょう。正式な専門教育は教育機関で行われるものなので、それぞれの専門領域は複数の学際的分野にわたることが可能です。すべての専門分野、専門機関、地域、そして国が存在するために必要な力は、学際的協力、専門機関どうしの協力、さらには地域や国家を越えた協力活動によって蓄えられ、お互いを向上させることができるのです。

一般に、共同研究は、専門分野的境界によるもの、地理的境界によるもの、あるいはその両方で区分されます。表1は、香港理工大學看護学部 of 教員による共同研究プロジェクトの一例です。それぞれの共同研究の企画・実施には理由があり、以下の表の各項目は各共同研究のねらいについて説明しています。

表1：共同研究プロジェクトの例 (香港理工大學看護学部)

	医療研究機関レベル	国内研究機関レベル	国際研共機関レベル
看護分野内の一専門領域	褥創危険予測	中国の老人におけるうつ病と光線療法	入院中の子どもとその家族の心理社会的機能
看護分野内の複数専門領域	遠隔看護システムからの総合危険指数	痛覚閾値と疼痛耐性への視覚刺激の影響	21世紀に向けての看護活性化プロジェクト
看護分野を超えた専門領域	SARS 患者に付き添う医療スタッフ保護のための防護服	磁性を持つ真珠を使った睡眠障害への聴覚治療	プラズマ・ベータ・エンドルフィンと中国式がん疼痛評価法

### 褥創危険予測 (Pang & Wong, 1998) —— 「医療研究機関レベル」 & 「看護分野内の一専門領域」

1960年代以降、褥創危険を計測する多くの方法が開発されました。それぞれの方法は、異なる臨床現場での予測値と適応性を有していると主張していますが、リハビリにはどの尺度が適しているのかは不明のままです。そこで、本共同研究では、もっとも多く採用されている3つの褥創危険測定法——Norton スケール、Braden スケール、Waterlow スケール——の信頼性比較を行いました。調査方法は、106人の患者——入院時には褥創なし——を選定し、この3つの尺度を用いて、入院後48時間以内の状態を評価しました。続いて、褥創の有無を調べるために、少なくとも2週間は皮膚の状態を毎日チェックしました。その結果、感度係数に関しては Norton スケールと Waterlow スケールは比較的高い値（それぞれ81%と95%）を出しましたが、Braden スケールは感度（91%）と特異性（62%）の両方で高い数値を出しました。これら3つの尺度とも、すべて陰性予測力が比較的高かった（>90%）のですが、Braden スケールには比較的高い陽性予測力が認められました。その結果、リハビリにおいては Braden スケールの使用が有効であると判明しました。この研究は香港理工大學の2名の看護学研究者による共同研究ですが、異なる専門的知識や視点が必要だったからです。ひとつはリハビリ看護に精通した研究者、もう一点は臨床現場でのランダム化比較試験の専門家が要求されたのです。



### 中国の老人におけるうつ病と光線療法 —— 「国内研究機関レベル」 & 「看護分野内の一専門領域」

老化による身体的な機能障害が原因で、老人は自分自身の状況をうまくコントロールできないという研究報告があります。また、老人を取り巻く社会的支援がないことも、老人のうつ病や自殺未遂が多いことに影響しています。近代社会になり家族は大家族から核家族へと変わってきましたが、こういった老人の問題に家族構成や社会構造が関係しているのは疑いありません。異なる政治・社会システムの中で、本研究に携わった研究者は、台湾、香港、深川での老人性うつ病の発生に関する相違や、老人性うつ病評価尺度 (Geriatric Depression Scale: GDS) により得られた数値によるうつ病患者への光線療法の効果を調査しました。

実験方法は、GDS によりうつ病の疑いがもたれる被験者を、それぞれの調査地域——台湾、香港、深川——で無作為に 30 人ずつ 2 つのグループに分け、対照群には連続する 5 日間、毎日 2 時間太陽光線を浴びてもらい、実験群には同じ長さで 2500 ルクスの光線療法を実施し、実験後の GDS 数値を測定し比較しました。この発表原稿の執筆段階では、データ分析中ですが、初期段階の結果としては、うつ病患者には光線療法が効果的であるようです。しかし、研究チームは最終的なデータ分析が終了するまではいかなる結論も出さないようです。この研究は、異なる医療機関、研究機関との共同研究を推進する重要性についてのモデルとなるでしょう。上に述べた 3 つの調査地域——台湾、香港、深川——は地理的にも離れ、政治システムも異なっていますが、調査対象となる人々はすべて中国人です。共同研究者は協力しあって、医療サービスの得やすさの問題、方言の問題、文化的相違の問題を解決しています。

### 入院中の子どもとその家族への心理社会的機能 —— 「国際研究機関レベル」 & 「看護分野内の一専門領域」

アメリカでは、急性・慢性を問わず、入院はすべての年齢層の子どもたちに心理社会的影響を与えることが常に指摘されています。しかし、中国では、子どもの入院がもたらす子どもと親への心理社会的影響に関する研究がほとんどなされていません。そこで、このテーマについての研究が、カリフォルニア大学サンフランシスコ校の S. Kools 教授、C. Kennedy 教授、L. Franck 教授により、環太平洋研究プログラム (Pacific Rim Research) の研究助成を受けて着手されました。主要共同研究グループの一員である香港理工大學看護学部とともに、本研究はアメリカ、香港、そして中国の 5 つの都市で 1999 年から 2001 年にかけて行われました。本研究の結果、研究報告書が数点発表され、本研究に関連した研究手法がより精巧なものとなりました。このような調査研究には共同作業が不可欠ですが、それは、調査対象者の言語と文化へ精通することが、研究の成功への何よりの条件だったからです。

### 遠隔看護システムからの総合危険指数 (Yip 他 2003) —— 「医療研究機関レベル」 & 「看護分野内の複数専門領域」

循環器疾患（CVD）の危機要因の併発をアセスメントすることは、リスク評価や地域住民の間での高リスクグループの発見に役立つ手段となります。この研究は、青衣地域での遠隔看護システム登録済の 1570 名の住民を対象としたデータを使用し、CVD との特別なコンビネーションの領域にかかわらず、CVD 危険要因内での関連性を考察したものです。0 から 6 までの数値で量的に表示された「総合 CVD 危険指数（CVDRI）」には、最高血圧・最低血圧の表示、糖尿病の有無、肥満度指数、喫煙の有無、年齢などが記載されています。集団内の循環器疾患患者の数で調整したオッズ比を推定するために、多変量ロジスティック回帰分析が用いられました。分析の結果、総合 CVD 危険指数が 1、2、3 以上の患者は、危険指数が 0 の人に比べて循環器疾患になる可能性がそれぞれ 1.7 倍、5.3 倍、10 倍になることが判明しました。総合 CVD 危険指数にある 5 つの要素の中で、高血圧の人が循環器疾患にかかるリスクがもっとも高く、続いて糖尿病、肥満の人のリスクが高いのです。この研究を推進した共同研究者チームはナースとバイオ関連の統計学者によって構成されました。とりわけ、後者のバイオ関連の統計に精通している学者の参加は、データクリーニング、データマイニング、そして分析に必要不可欠でした。

#### 痛覚閾値と疼痛耐性への視覚刺激の影響(Tse, Ng, Chung & Wong, 2002) —— 「国内研究機関レベル」 & 「看護分野内の複数専門領域」

多くの患者にとって、入院は痛みと不安をもたらします。不慣れた環境、さまざまな診断・治療方法、そして診察室から見えるものや聞こえるもの、そういったもろもろの要因が患者の痛みや不安を増大させ、悪影響を及ぼします。このような心配を誘発する環境から患者を遮断し、快適な環境を作り出すために、看護介入としての視覚刺激による痛み軽減の効果の可能性が詳しく研究されています。本研究では、無作為化研究、コントロール研究、クロス研究で、46 名の健康な調査協力者に、駆血帯の使用を変えることで痛みを与えました。実験群の調査協力者にはこの駆血帯の使用、自然の光景を映し出した音の出ないビデオを見てもらい、もう一方の対照群の調査協力者には、何も映し出されていない真っ白のスクリーンを見てもらいました。その間、それぞれのグループの調査協力者の痛覚閾値と疼痛耐性を記録しました。調査結果から、視覚刺激を与えたグループでは、痛覚閾値（pain threshold  $p<0.05$ ）と疼痛耐性（ $p<0.01$ ）が著しく増加したことが分かりました。この痛覚閾値と疼痛耐性には、男女の性差や視覚刺激の持続時間は、それほど影響はありませんでした。本研究は、ナースと医師による典型的な研究協力を例証したのですが、医師が研究・考察を行うための基本データをナースが集めるという従来のパターンではなく、ナースと医師の双方が文字通りの共同研究を行ったのです。その結果、本調査での発見事項については、臨床現場への採用の可能性がより高くなっているのです。多くの分野で関心を持たれている疼痛管理は今後現実問題となっていくことでしょう。

#### 21 世紀に向けての、看護活性化プロジェクト(Wong, Wong, Chang, Wah & Bradshaw, 2003) —— 「国際研究機関レベル」 & 「看護分野内の複数専門領域」

21 世紀の看護専門研究、及び看護教育の発展に向けた研究のため、2001 年に研究チームがマカオに招聘されました。この研究の目標は、看護の実践方法を解明し、専門職とし

ての看護の発展を分析し、そして看護の将来に向けた実行可能な提言と戦略を提示することでした。本研究では、記録として保存された資料の分析、質問調査、ヒアリング調査が行われました。分析の結果、看護に関する監督行政機関をマカオに設立することが必要であるという結論に達しました。そうすることで、看護実践と看護教育に関する規定の決定と管理を行い、看護教育訓練を行う2つの学校を整備する根拠を示し、さらには地域のニーズに合った専門的な看護活動を推進していくことが可能になります。本研究のカバーする範囲は広く、臨床実践、教育政策、開発戦略に詳しい地元の研究者と海外からの研究者が組織されました。共同研究グループの研究者の経験、知識、そして世界的な展望からの視点は本研究の成功に大きく貢献しました。

#### **SARS 患者に付き添う医療スタッフ保護のための防護服 (Wong 他 2003) —— 「医療研究機関レベル」 & 「看護分野を超えた専門領域」**

重症急性呼吸器症候群 (SARS) の大流行により、とりわけ看護研究分野での共同研究活動の必要性が再認識されました。感染原因である細菌の識別や、診断テストの特定を目標とした研究とは別に、医療スタッフは、SARS 患者のケアを担当し一日中ウィルスの中に身をさらしている同僚のナースを守るため、それぞれの人に適した防護服 (PPC) を探して躍起になっていました。

この研究は2段階で行われました。第1段階は、香港で手に入る感染症防護服を、撥水性、液体浸透、通気度といった物理的特性によって仕分けしました。第2段階では、それぞれの防護服の異なる有用性について検証する単純盲検法が行われました。100人の自主調査協力者に、乱数表を用いて防護服を無作為に割り当てられました。各協力者は割り当てられた防護服を着用し、1.92 ml の薄めた蛍光性着色液をかけ、防護服を脱いだ後、着色した箇所を数えました。その結果から、防護服には4つの種類があることが示されました。A型の防護服 (撥水度と防水性は高いが、通気度は劣る) は、使い捨てであれば SARS 患者からの飛沫に対して十分な保護機能を持っていました。C型の防護服は——手術衣に似てコストも安価で適しています——通気度は問題なく、手の汚染の可能性が4つのタイプの中でもっとも低いものでした。研究を進めるために、研究責任者は防護服の素材に関する分野の専門家や空気力学の専門家を招き、研究の計画段階からすでにチームの一員として共同作業を行っていました。このような分野の専門家との早期からの共同作業で、本研究の計画はより有効性が増し、信頼性と妥当性においてもより高いレベルを維持できたのです。

#### **磁性を持つ真珠を使った睡眠障害への聴覚治療 (Suen, Wong & Leung, 2002) —— 「国内研究機関レベル」 & 「看護分野を超えた専門領域」**

本研究プロジェクトは、伝統的な中国医学による医療実践が厳密に検討されるという点で、珍しい研究のひとつです。最初に、「過度」または「過少」の睡眠障害と診断された高齢者を対象にした磁気性の真珠を使った標準的な聴覚治療法の有効性が検証されました。睡眠障害を持つ60歳以上の高齢者60人を12のグループに分け、事前-事後テスト実験設計が採用しました。磁気を持つ真珠を使った聴覚治療が、調査参加者のそれぞれに選ば

れた針のツボに施されました。治療法には、3 日間の基礎測定、3 週間の聴覚治療、そして 3 日間の治療後のチェックが含まれていました。アクティグラフを使用し、客観的な睡眠変数が、聴覚治療の実施前、実施中、そして実施後に収集されました。結果が示した内容は、睡眠時間と睡眠効果との間に見られる有意の改善が、治療中と治療後に見出されたということです。この治療法が標準化されたときでも、こういった睡眠障害をもつ患者の間で SE に関連する治療法の効果に重大な相違は発見されませんでした。この研究には、伝統的な中国医学と物理学の専門家が加わりました。中国伝統医学の専門家は患者を「過剰睡眠群」と「過少睡眠群」に分類することに貢献し、また物理学者はこの研究で使用された磁気真珠の強度をチェックしました。また、この研究では 12 のホテルの参加が必要であったように、十分な共同研究体制が不可欠でした。

### プラズマ・ベータ・エンドルフィンと中国式がん疼痛評価法 (Chung et al. 2002) —— 「国際研究機関レベル」 & 「看護分野を超えた専門領域」

香港理工大學看護学部は、香港で初めて「中国式がん疼痛評価法 (CCPAT)」を開発しました。本研究の当初の計画は、プラズマ・ベータ・エンドルフィンと中国式がん疼痛評価法——機能変数、薬理学的変数、心理社会的変数、痛みに対する信念と意味づけ変数、そして感情と痛みの強度変数などを含んだ主観的変数——との間の関連性を特定するものでした。この相関関係を探る研究では、調査前の 24 時間以内にがんの疼痛を経験した 48 名の中国人患者が、がん病棟から集められました。午前 8 時と午後 8 時に、中国式がん疼痛評価法の数値とベータ・エンドルフィンの静脈血が各被験者から同時に採取され、プラズマ・ベータ・エンドルフィンが放射性免疫学検定により測定されました。ベータ・エンドルフィンのレベルと、中国式がん疼痛評価法の 6 つの変数に関する数値との関係の検証に段階的回帰法がとられ、この回帰モデルには有意性が認められました ( $p=0.02$ )。さらに、クラスター分析がなされ、その分析結果から中国式評価法の 6 つの変数とプラズマ・ベータ・エンドルフィンとの関連性が支持されたのです。この研究は、分子生物学の研究者、そしてプラズマ・エンドルフィン研究に関する海外の専門家の支援がなしでは成功することはありえなかったでしょう。共同研究のおかげで、研究実施と結果分析の際に経費と時間を大幅に節約することができました。

### 終わりに

専門職としての看護にとって、科学的根拠に基づいた実証的な研究・実践の必要性は大きな関心事項となってきました。ナースは、医療現場で自らが施す手法やケアに対して、患者や、その他の専門家からいろいろな課題を投げかけられています。看護に長い歴史があり、看護独自の学問的発見や人的・知的資源が豊富であれば、このような挑戦には看護の視点のみで対処できたでしょう。しかし、残念ですが、事実は異なっていました。ナースは与えられた資源と自分が有する研究での知識と技術の範囲内で働くことが求められています。このような課題に対処するために、ナースに残された道は他の専門家との協力以外ありません。すべての共同研究や協力体制が成功するとは限りませんが、多くの報告に見る進展はその可能性を示しています。真の意味での協力と共同研究こそが、すべての参

加者の時間の有効化と、多くの無駄な手間の省略をもたらすのです。

#### 参考文献

- Chung, J.W.Y., Wong, T.K.S., Jessop, D.S., Richards, L.J., Yang, J.C.S., Tang, P.L. & Xian, M.C. (2002). The relationship between plasma beta-endorphin and the dimensions of the Chinese Cancer Pain Assessment Tool (CCPAT), *The Pain Clinic*, 14:1, 33-42
- Engstrom, J.L. (1984) University, agency and collaborative models for nursing research: An overview. *Image:The Journal of Nursing Scholarship*, 16:3, 76-80.
- Henneman, E.A. (1995) Nurse-Physician collaboration: a poststructuralist view. *Journal of Advanced Nursing*, 20:6, 1170-1175
- Pang, M.C.S. & Wong, K.S.T. (1998). Predicting Pressure Sore Risk With the Norton, Braden, and Waterlow Scales in a Hong Kong Rehabilitation Hospital. *Nursing Research*, 47:3, 147-153.
- Suen, L.K.P., Wong, T.K.S. & Leung, A.W.N. (2002). Auricular therapy using magnetic pearls on sleep: a standardized protocol for the elderly with insomnia. *Clinical Acupuncture & Oriental Medicine*. 3:1, 39-50.
- Tse, M.M.Y., Ng, J.K.F., Chung, J.W.Y. & Wong, T.K.S. (2002). The effect of visual stimuli on pain threshold and tolerance. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 462-469
- Wong, T.K.S., Wong, F.K.Y., Chang, K.K.P., Wah, K.Y. & Bradshaw, P. (2003). Revitalizing Nursing for the Twenty-first Century in Macau. A Consultancy Report, 97 pages.
- Wong, K.S.T., Chung, W.Y.J., Ching, T.Y.P., Chan, W.F., Lam, H.S.C., Chow, C.B. & Seto, W.H. Effective Personal Protective Clothing (PPC) for health care workers attending patients with severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). *American Journal of Infection Control* (Accepted in July 2003)
- Yip, Y.B., Wong, T.K.S., Chung, W.Y.J., Ko, S.K.K., Sit, J.W.H. & Chan, T.M.F. (2003). Cardiovascular Disease: Application of a Composite Risk Index from the Telehealth System in a District Community. *Journal of Public Health Nursing*. (Accepted for publication in June 2003).

(訳：江藤裕之)

## SARS の教訓と看護学国際協力の必要性

Zhou Ronghui\*

2002 年 11 月以来、中国、シンガポール、そしてカナダでの SARS の流行が、30 カ国以上の国々で報じられました。SARS はコロナ・ウィルスの変種によって引き起こされる一種の呼吸器疾患であり、SARS 患者の近くにいたり、SARS 患者と密接に接触すると、飛沫感染により発症するというものです。その感染スピードは速く、感染地域では人命に対し大きな脅威をもたらしています。2003 年 7 月時点では、SARS 患者は全世界で 8445 名に達し、そのうち 812 名が死亡しました。死亡率は 12.39%です。中国での SARS 患者は総計 5327 名で、そのうちの 1002 名が医療関係者でした。香港、台湾の SARS 患者はそれぞれ 1755 名、678 名で、香港では 298 名、台湾では 84 名が死亡し、死亡率は香港 16.98%、台湾 12.39%となります。つまり、中国、香港、台湾をあわせた中国人 SARS 患者は世界の SARS 患者の 9 割以上にも達することになります。国際的な協力により SARS の脅威は食い止められ、その経験から私たち看護に携わる者は多くのことを学びました。

SARS 対策を組織的に実施している際の中国人ナースが果たした役割と労力には特筆すべきものがあり、その献身的な態度は高い評価を受けました。本稿執筆時点では、ようやく SARS のピークは峠を越えたようですが、この新しい急性肺炎の突然の襲来により看護管理について多くの問題が残されたのです。今後このような感染症を防ぎ、また対処していくためにも、今回の SARS 流行で得た教訓と問題は看護に携わる同僚の皆様とともに、地域的なレベル、そして国際的なレベルで議論する必要があると思います。

### SARS の特性と北京朝陽病院での対策

SARS の症例が最初に報告されたのは 2002 年の秋でした。そして、2003 年 4 月 16 日の WHO による正式発表によれば、SARS を引き起こした原因は新種のコロナ・ウィルス——直径わずか 60nm 程度——で、このウィルスが病院内で蔓延した主な原因としては、特に問診や呼吸確保のための気管内挿管の際に医療関係者が SARS 患者に直接接触したことや、また SARS 患者病棟に頻繁に出入りしたことなどが考えられます。より一般的な理由としては、病院内の空調システムに欠陥があること、一般病棟で SARS 患者を隔離せずにおいたこと、医療関係者や来院者（患者や病院関係者以外）の自己防衛が不適切であったことなどが挙げられ、それによって感染の危険度が増したのです。

SARS が発生した当初、北京市の朝陽病院は SARS 重症患者を受け入れることのできる数少ない病院のひとつでした。2003 年 3 月 26 日、本病院では発熱患者特別診療室が設置されましたが、3 月 31 日、一名の SARS 重症患者の治療に携わった結果、SARS に

---

\* 北京市朝陽病院看護部長。

感染したと思われる症状が数名の医療スタッフに発生しました。この期間中、80名のSARS患者が治療を受け退院しました。現在、1000名の患者が発熱患者特別診療室にて治療中であり、40名の患者は救命医療を受けております。300人以上のスタッフがSARS対策に関わり、3000人を超す他の病院のナースにSARS対策の訓練を施しつつ、北京市内すべてのSARS重症患者への看護を行いました。

### SARS対策中の総合病院における看護管理の問題

総合病院の看護スタッフは消化器感染疾患についての知識やケアの経験があります。しかし、その知識は感染患者の隔離や自己防衛に関する理論的な内容にとどまるものでした。未知の呼吸器感染症であるSARSの流行に直面し、総合病院のナースはSARSの感染原因や感染経路についての十分な知識を持たず、そしてどのようなタイプの人が感染しやすいのかについての十分な情報がないまま医療行為に従事しておりました。

師長クラスともなれば、SARS感染患者専門病棟内での配置、医療・看護スタッフの着衣服、そして汚物・廃棄物の処理法などといった、SARS流行の初期段階で学ばなければならないことが数多くありました。看護師長は病棟、発熱患者特別診療室、一般SARS病棟、そしてICUなどについてさまざまな提案を行いました。そして、看護スタッフを保護する基本方針を定め、看護シフトや人員配置の調整を行い、責任の所在を明確にし、多くの必要規定を定めました。

最適な空調設備を備えた新しいSARS専用診療センターが病院の中心部から十分離れた場所に建設され、その隔離病棟は完全な汚物処理システムを独自に持ち、その他、X線室、検査室、薬局など病院本部と同じ機能を備えていました。隔離病棟内の全区域は、完全殺菌区域、準殺菌区域、通常区域に分けられ、酸素供給システム、情報交換のためのエレクトログラフ、交換窓、パルスオキシメーター、電子血圧計などが個別に取り付けられ、看護スタッフの労力が少しでも軽減されるように配慮しました。また、SARS隔離病棟担当のナースが自身のSARS感染予防に関する勉強会を開催し、実践の場でのSARS対策の経験をまとめ、実地調査も実施しました。さらに、病棟内部での作業フローチャートを作成し、異なる病棟区画内でのナースの着衣服について——着衣と脱衣の手順も含む——や、ナースの自己防衛についての必要規定集を作成しました。気管内挿管や気管切開術が行われるときは、自己防衛についての特別訓練プログラムをプライマリ・ナースに提供しました。この特別訓練は、病棟清掃係、看護助手、そしてその他の関係職員がSARS感染病棟に入る前にも施されたことは着目すべき点です。このような、隔離に関してほとんど何の知識もないスタッフがSARSに感染し、SARSを蔓延させることが十分に考えられたからです。

### 十分な準備と看護スタッフの効用

SARS対策期間中、多くの病院が直面したもっとも重大な問題のひとつに、さまざまなレベルでのナース不足がありました。私たちの病院では2つのSARS対策チームがありましたが、一般SARS病棟では医師1名につきナース2.86名、またICUでは医師1名につきナース3.58名でした。中日友好医院（北京市）でのSARS対策医療チームは、は

じめ 1 名の医師に 3 名のナースが確保されました。SARS 対策に必要なナースの数は、1 名の医師につき 3 名、ないしは 4 名です。2001 年度の政府（衛生部）の統計によりますと、通常の場合、医師 1 名に対するナースの割合は平均 0.65 名、総合病院でさえ 1 名というものです。

このようなナース不足ではありましたが、SARS 対策期間中、私たちの病院の看護スタッフは多くの困難を克服しました。SARS 対策要員として、2 年以上の臨床経験を持つナースが選ばれました。外来病棟のナースも発熱患者特別診療室へ割り振られ、一般病棟のナースも SARS 病棟や観察病棟に配属されました。ER や ICU のナースは一般病棟のナースに比べ高度な技術を有しているため、SARS 病棟の ICU に配置されました。物品管理部門や口腔外科から派遣されたナースもあり、SARS 病棟での着衣服の管理を含め、必要物資の調達・管理を担当しました。6 月 1 日までに、合計 237 名のナースが SARS 医療チームとして SARS 対策に従事しましたが、この数は私たちの病院の総ナース数の 1/3 に相当します。

SARS 病棟でのナースのシフト調節を適切に行う際には、多くの要因を考慮する必要があります。例えば、感染リスク、ナースの仕事量、仕事の場所の状況、臨時の休息場所、配属先による仕事内容の違いなどです。SARS に関する知識や、SARS による強い発作についての知識がないために、病院スタッフが SARS に罹患する恐れがあります。そこで、ナースの二次感染を避け、看護ケアのための人的資源を最大限確保することを目的とした、無理のない作業シフト調整を考案しました。この作業シフト調整は次のように行いました。SARS 隔離病棟でのナースの就業時間は、24~30 日の勤務周期では、週当たり 24 時間、つまり一日 6 時間勤務で 2 日おきに 1 日休むというシフトです。最初、多くの医療スタッフはこの新しい作業フローに慣れず、また特別医療服の正しい着衣・脱衣にも慣れていませんでしたが、2~3 回のシフトを繰り返すうちに問題も解消されました。医療スタッフを頻繁に交替させますと、それだけ感染のリスクも増え、ケアの質にも影響を与えます。清潔区域で働くナースは、勤務周期が 30~36 日間の場合は週に 36~42 時間の勤務が通常でした。この 30~36 日間の勤務周期の場合には各シフトに 2~3 名の看護師長がついていました。シフトの引継ぎや報告にはとりわけ注意が必要です。シフト変更で交替するナースは、毎回各グループにつきそのグループ内のナースの 1/3 を越えることはありませんでした。清潔区域でのナース、及び看護師長のシフトは 3~7 日でした。

いろいろな問題から、ナース——すべて女性です——に心理的プレッシャーが生じました。私たちの病院で SARS 対策チームに従事したナースは、他の病院のナースに比べて SARS にいち早く接したことになります。そして、彼らには SARS に対する完全な知識がありませんでした。そこで、このナースを SARS から守るために SARS 隔離病棟では決められた場所以外では飲食厳禁としました。厚めの防護服を着用するため、看護師は酸欠状態になる可能性も予想されました。SARS の蔓延が本格的になったとき、医療スタッフの中には SARS に感染するものも出はじめ、ナースはこの病気に対して恐怖感を抱き始めました。SARS 流行の初期段階では、勤務表や院内研修を計画する時には各ナースの月経周期を考慮するなどして、できるだけ具体的な調整がなされました。ナースは、気持ちをリラックスさせるために、少なくとも 2 種類のシャンプー、そして好きなお菓子や



本を持ってくるように指示されました。同時に、毎日ナースらに電話をかけ、可能であれば 2 週間に一度は勤務現場にナースを訪ね、彼らを慰労し精神的な支えとなるように看護師長にお願いしました。その結果、ナースの精神的状態は明らかに改善し始めました。

新たな SARS 患者をケアする ICU でのナース不足もまた問題でした。6 割から 7 割の SARS 患者はそれほど重症にならず、非侵襲的換気法で回復することが可能でしたが、重症患者には人工呼吸器で治療をしました。北京には 6 万人以上のナースがいますが、呼吸器系の治療に関わるものは 3 千人以下です。さらに、呼吸器専門の集中治療ともなりますとナースの数はずっと減ってきます。他の総合病院と比べますと、私たちの病院の ICU ベッド数は比較的多い方です。救急科や脳外科といった関連病棟に勤務するナースは合計 130 名ほどですが、そのうちの約 110 名が気道確保の知識があります。また、私たちの病院では ICU 勤務のナースの 6 割が今回の SARS 対策に積極的に関係しました。例えば、宣武医院（北京市）に派遣された SARS 対策医療チームは合計 41 名のナースからなり、うち 28 名は ICU 勤務のナースでした。その他は、一般外科、胸部外科、手術室担当のナースで蘇生経験のあるものが選ばれました。ナースはひとりではなく、グループかペアで行動するように調整しました。SARS 対策の期間中、私たちの病院では SARS 以外の重症患者を 30〜40 人ほど治療しましたが、そのためナースに課せられる仕事量は大変大きなものでした。ナースの作業シフトの配置や調整を上手く行うことで日常の業務が滞りなく遂行でき、また SARS 対策も成功しました。

#### 求められる教育と研究：地域共同研究の可能性

SARS 対策から得た教訓から、教育と研究に関するいくつかのプロジェクトが必要であることが分かって参りました。このプロジェクトは考察の価値が十分にあり、またさらに次の研究へと導いてくれるものです。このような共同研究が中国、そしてアジア・太平洋地域で行われる必要があります。まず、私たちが焦点を当てるべき主要な教育・研究に関するテーマとしましては、病棟管理の問題があります。SARS 患者が来院した際に、WHO が SARS を認定する以前のことで、SARS の知識をほとんど持ち合わせていなかった私たちは、いったいどのようにしてこの病気に対処すればよかったですのでしょうか。SARS は呼吸器系統の病気なので、米国疾病管理センター（American Center for Disease Control）が推奨する「感染防護衣」、つまり、感染からの防護を効果的にし、免疫力を増強するために作業服を正しく着用するなどの有効な防護策を採用すべきだったのでしょうか。たいていの SARS 患者は、その潜伏期間中は特異な症状を見せることはありませんでした。もっとも、その状態でも他者を感染させる可能性はあったのです。しかし、私たちには SARS に関する知識がなく、またその病気がどの程度危険なものかも承知していませんでした。ある程度時間が経過してから、SARS に関する経験的知識をもとに対策の計画をたて作業を実施することができたのです。こういったジレンマから、この地域を中心にして、どのような教育プロジェクトや研究プロジェクトが生み出されるのでしょうか。

中国のナースはその大部分が一人っ子の家庭出身です。ですから、仕事とはいえ、大切な子どもを SARS で失うのは耐え難いことです。北京、天津で行われた被感染者についての疫学的調査の統計分析では、SARS 騒動の最中に SARS に感染した医療関係者は北

京市、天津市の総感染者のそれぞれ 47%、32%に達し、感染したナースの割合は非常に高いことが報告されました。そこで、この地域の看護活動に対する大きな課題とは、ナースを SARS から守り、SARS 感染患者をケアするために必要な数のナースを確保する有効な方法の確立でした。ひとつの解決法としては、ナースの基礎教育に感染症に関する知識を組み込むというものです。現代社会ではどのような感染症の流行がいつ起こるかまったく予測できません。そのような場合に対処できるように、ナースには感染症についての知識が必要ですし、また感染症に対処する個々の現場で問題なく対応するためにも、その場その場にあった正しい自己防御の方法を身につけておく必要があります。また、心理学についての知識も基礎看護教育に盛り込まれる必要があるでしょう。この度の SARS 騒動の経験から、SARS 対策に関連する医療スタッフと SARS 患者には精神的サポートが必要であること、多くの SARS 患者は家族、親戚、そして友人からの励ましや気遣いが闘病生活を送る際の大きな力となったと考えていることが分かりました。こういった状況の下で、看護の重要な側面について研究を進める、多くの地域的なプロジェクトが看護には必要なのです。感染症患者へのよりよいケアを提供するためには、どのような研究が必要なのでしょう。

看護教育の強化と充実は急務です。私たちの病院のナースは、自分たちがいかに守られていても、患者の痛みを和らげ、感染の危険を減らすために十分な臨床的技術を有していなければ意味がないことを知っております。北京で医療行為にあたることができたという事実は、地域的には、感染症に対して抗生物質その他の治療法の存在により、他の地域よりは幸運な状況にあったのかもしれませんが。しかし、新たな感染症、そして昔から存在する伝染病がいまだに問題となっています。これほどまで多くの人々に、これほどまでに急速に広まった健康の脅威について、看護学生や臨床ナースには何が教えられるのでしょうか。この問題こそ、本日ここにお集まりの皆様とともに、この地域のプロジェクトとして取り上げるのにふさわしい問題だと思います。

中国では、臨床経験の多いナースが ICU や ER 担当となり、緊急治療に対処するための蘇生処置を補助する特別なグループとして訓練を受けるべきだと考えられています。そして、これらのナースが緊急処置に取り組むことで、突発的状況が発生した場合にその事態に応じることができるのです。感染症の専門的知識を有しながら、緊急治療、ICU、そして手術室での臨床技術に熟知している 10 名から 20 名の中心的存在のナースが、人々の健康に関わるような突発的事態に病院内で迅速に対応するために、常に緊急対応に備えていなくてはなりません。ですから、このような特別なナースの作業編成は看護管理課が直接管理すべきなのです。さまざまな突発的事態に対処するために、各自の担当部署での訓練が計画されなくてはなりません。さらに、そのナースは蘇生処置を担当することができるでしょう。そのためには、毎年試験を行い、その知識と技術についてチェックを受け、合格しなくてはなりません。このような手順を通して、医療スタッフの人員調整が可能となります。その結果、スタッフの健康状態、心理状態はとても良好な状態で維持され、十分な職業倫理意識も保持され、また自己改革の可能性も生じ、公衆衛生に関するさまざまな突発的事態に対処できるようになるのです。

この度の SARS 騒動を経験し、医療専門職者も含め、多くの人々が看護について評価を新たにした次第です。このことは、中国において、専門職としての看護を考える上で好ましい転機であったように思えます。地域の貢献という点で申しますと、私たちの経験が

この地域の看護教育と看護サービスに貢献し、病院での看護が、感染症に対してより効果的なものになるということでしょう。

参考文献:

1. Wang Chen, Tong Zhsohui Zhou Ronghui, *Nursing Manual for SARS*, People's Health Press, January 2003.
2. Hu Binchun, Zhang Pingping and Ma Weihang, "Investigation and Analysis on Nursing Resources in Hospital at or above County/Municipal Levels in Zhejiang Province", *Chinese Nursing Management*, 2002,2 (4):18.
3. Liu Zemin, Shenzhuang, and Hexiong, et al. "Epidemiological Analysis on an Imported SARS Case in Beijing", *Collection of Papers on SARS Researches*, June 2003, Chinese Association of Medicine.
4. Liu Yanling, "A Problem to be Solved". Health News.

(訳：江藤裕之)

## 看護教育における国際協力： サモア国立大学と長野県看護大学の事例から

Fulisia Pita-Uo Aiavao\*

Talofa! —— 皆様にサモアからのご挨拶を申し上げます。

本日は、異文化看護学国際研究集会にお招きをいただき、心より感謝申し上げます。私のテーマは、サモア国立大学（National University of Samoa）看護学部と長野県看護大学との国際協力ですが、本研究集会の基調テーマであるアジア・太平洋地域の看護学国際協力に力点をおきながら発表したいと思います。

発表の流れとしましては、サモアについてごく簡単な説明をした後で、サモアが今日の看護状況に至るまでの経緯——サモア国健康保健省（Ministry of Health）とサモア看護師協会（Samoa Nurses Association）との協力関係を通じて——に焦点を当てながら、サモアにおける看護教育の歴史を簡単にお話しします。最後に、長野県看護大学とサモア国立大学看護学部との看護学・看護教育国際協力事業についての概要をご報告します。

サモアは太平洋地域に位置する人口約 17 万 6 千人の開発途上国であり、ポリネシアの中心として知られております。サモアは 1962 年に独立した、太平洋地域で最初の島嶼国家です。ここにお集まりの皆様でバカンスをお考えの方は、どうぞサモアにお越しください。パラダイスの島サモアに皆様をご招待いたします。常夏のサモアでは、トロピカルな気候、濃く生い茂った緑、さまざまな種類の美しい花、もちろん美しいビーチとシュノーケリングやスイミングに最適の青く澄み切った海をお楽しみいただけるでしょう。また、親切で、すばらしい人々との出会いもきっとあります。

### サモアにおける看護教育

サモアでの正式な看護教育は、健康保健省の指導のもと 1918 年に始まりました。1969 年には看護師法（Nurse's Act）が制定され、1981 年に修正条項が追加されました。当時の看護教育カリキュラムはバイオメディカルの視点による疾病モデルに基づいており、ナース養成の場でも対象者のニーズ把握やそれに適ったサービス提供は重視されなかったのです。医師の代わりとしての役割が期待されていたナースは、正式な資格や認可がないまま地方での医療サービスを行っていました。

1980 年代になり、健康保健省とサモア看護師協会（Samoa Nurses Association）との間でパートナーシップと協力関係が築かれました。これは、サモアの看護の歴史における画期的な出来事でした。後にサモア国立大学看護学部が創設され、同学部長もこの連携に参加し、サモアの看護の発展にリーダーシップを発揮することになりました。

1990 年代の初めには、健康保健省とサモア看護協会との協力で、「ナース・キャリアア

---

\* サモア国立大学看護学部長

ップへの道 (Nursing Career Pathway)」が制定され、さまざまなレベルでの正看護師の役割と職務が定義しなおされ、その役割と職務にふさわしい看護教育が計画されました。

正看護師 (Registered Nurse: RN) はナース・プラクティショナーとして位置づけられ、すべてのヘルス・ケア領域で看護サービスを効果的かつ効率よく実践することが求められています。また、新たに准看護師 (Enrolled Nurse: EN) が制定され、正看護師による監督のもと補助的な役割を果たす看護師として位置づけられました。

新しい看護教育カリキュラムでは、従来のバイオメディカル志向の疾病対策を主眼としたものから、健康・保健に焦点を当てたカリキュラムへと教育内容の方向性が刷新されました。この新しい看護教育カリキュラムはサモアの文化に根ざす「看護の哲学」に基づいたものです。サモアでの看護教育は、長年にわたる努力の結果、第3の局面へと移ってまいりました。

サモアでの看護教育の中心がサモア国立大学看護学部へ正式な形で移行するまでは、看護教育が新しい環境で発展し成功する条件として、健康保健省とサモア看護師協会の連携の維持が不可欠であると考えられていました。さらに、この両機関の連携を継続させることで、限られた資源を共有し、看護教育の費用効果を推進し、同時に、看護教育の質を高め、看護教育の価値を増進する効果が見込まれています。看護教育に関する多くの役割が成功裡にサモア国立大学へと移行し続けているのは、サモア国立大学看護学部と健康保健省との連携と協力という戦略が多大な功を奏したからなのです。そしてこの連携こそが、サモアにおける看護を今日まで発展させ、看護の分野でさまざまな業績を成し遂げてきたのです。

### 長野県看護大学とサモア国立大学看護学部の看護学国際協力

長野県看護大学との看護学国際協力についての構想が生まれたのは、長野県看護大学の学生の皆さんがサモア国立大学看護学部を訪問されたときのことでした。その際には、学生に随行する形で2名の世界的にも著名な看護学者——同時に、サモアのナースのよきパートナーでもあります——が (Marcia Petrini 教授と Anne J. Davis 教授) サモアにお越しくださいました。サモアには看護師養成のための教育機関はひとつしかありませんので、長野県看護大学との協力は、私たちにとりましては、ニュージーランドやオーストラリア以外の教育機関との連携を開拓する非常によいチャンスだと思われました。この場をお借りして、長野県看護大学学長の見藤隆子先生と Anne J. Davis 先生のご支援とご協力、さらには明確なヴィジョンのもと連携締結にご尽力くださいました長野県職員の皆様に心より感謝申し上げます。

2001年7月に締結されました長野県看護大学とサモア国立大学看護学部間での相互協力に関する協定書は、協力と共同を推進する目的で、それぞれの教育機関の関与、熱意、支援が強調されております。

この協定書では、教員交換プログラム、学生交換プログラム、そして共同研究推進が相互協力の中心として強調されています。この協力締結は、サモア国立大学が掲げております2002年から2006年にかけての5カ年にわたる大学の使命と目標にも一致しており、内容的にも大変ふさわしいものでした。

## 長野県看護大学とサモア国立大学看護学部との看護学国際協力の結果

### a. 教員の交換派遣

長野県看護大学とサモア国立大学看護学部との協力提携が締結されて以来、それぞれの大学の教員が繰り返し相互訪問を行いました。訪問した教員は誰もが協力の意味と重要性を強く感じております。協力こそは、資源、アイデア、情報の共有を可能にし、同時に相互の文化的な共通性と相違性、そして異なるヘルス・システムを認識し、また尊重しあうのに絶好の機会なのです。

長野県看護大学を訪問するサモア国立大学の教員は、そこで簡単な報告を行う機会が設けられております。これらのプレゼンテーションを通じ、看護に関連する領域での知識や専門技術を交換することが期待されます。長野県看護大学から派遣された教員はサモア独自の看護状況を知ることができます。サモアには、プライマリ・ヘルスケアのアプローチを用いて、パートナーシップ、共同研究、そして地域参加を基本にしたサモア独自の「統合された地域看護サービス (Integrated Community Nursing Health Services)」があり、外国の研究者はこの制度から多くのことを学んでいるようです。また、専門知識や専門技術の共有という点に関しましては、調査研究データ分析でのコンピュータ・プログラムを使用する技術の向上という点で、私たちには大きな実利的意味がありました。

### b. 国際調査・研究協力

2002年、長野県看護大学とサモア国立大学看護学部は、教員の研究推進への意識を高め、教員の研究能力の向上を目指した共同調査研究の推進について話し合いを持ちました。調査研究での協力関係を築くことは、両大学にとりまして、それぞれの共通性と異なる文化背景についてお互いをよく知ることができ、そして看護実践を推進するために調査・研究結果を有効活用することがいかに重要かを認知するよい機会であると見なされたのです。

長野県看護大学とサモア国立大学看護学部との研究プロジェクトシリーズの最初の共同研究として「サモアと日本の子どものライフスタイルに関する比較研究」が実施され、現在進行中です。このプロジェクトでのサモア側の研究は、現在データ分析の段階で、これから結果と結論の執筆に入ります。最終的な研究報告書は2003年の10月ないし11月に完成する予定です。

### 国際共同研究から得た教訓と成功への重要な要因

両大学間で協力と共同関係を作り上げてきた経験は、国際的な場での協力関係を作る戦略としてとても有益な教訓を与えてくれました。

長野県看護大学とサモア国立大学看護学部との協力関係の中で、次のような建設的な側面が観察されたことは、多くの意味で価値のある経験だと思っています。

- 協力関係の成功は、推進のための戦略的内容と関係機関のトップ層の関与によること
- 相互の信頼を築きあげること
- 革新的な考え方を広げ、関係者ひとりひとりがエンパワーされること

- 目に見える結果を出していくこと、そしてそれぞれの機関の価値を高めること

こういった協力関係推進の戦略——これはすでにサモアでは定着していますが——が、いわゆる「今流行りの」推奨された戦略であるということを知って励みにもなっています。この戦略は、グローバル化や改革の時代の今、変化の中にある組織には有効でしょう。

最後に、この場をお借りして、長野県看護大学の見藤学長、及び関係の教職員の皆様方に対し、ご支援と経済的協力に心から御礼の言葉を申し上げます。おかげさまで、今日まで両大学が意欲的に協力関係を推進することができ、新たな研究分野を開拓し、そういった新しい分野への教員の積極的関与を促進することができました。

副次的な効果として、両大学の協力関係を通じ、サモア国立大学の他学部の教員に対し重要なメッセージを伝えられたことは喜ばしいことです。それは、太平洋地域での質の高い教育をそのコストに見合う内容で促進し、国際的に通用する研究を推進し、その結果を世界的に発表するためには、国内では他学部の研究者と、そして国際的な場では他大学の研究者との協力関係を築くことが必要不可欠であるというメッセージです。

最後にもう一度、長野県看護大学とサモア国立大学看護学部との協力関係構築にご尽力をいただきました両大学の関係者の皆様方に心より感謝を申し上げます。この両大学の提携こそは、サモア国立大学が有する 23 の海外の研究機関との協力関係の中でもっとも活動的なものなのです。

(訳：江藤裕之)

## 看護研究：異文化間共同研究の経験

Samantha Mei-che Pang\*

### はじめに

世界のさまざまな地域から研究者が集い、互いに協力して共同研究を推進していくことは、私たちの経験を豊かにし、困難な点も少なからずありますが非常にやりがいのあることです。研究テーマに関する専門的知識や異なる文化的視点を海外の共同研究者から得ることで、学問的関心の幅も大きく広がることでしょう。海外の研究機関との国際的な共同研究を推し進めることは、異文化間での文化の相違や多様性を理解し、その価値を認めることとなります。このことは、国家間の紛争や、国家内でのさまざまな民族的問題を抱える今日の世界では極めて重要な意味をもつものと考えております。

看護を真の意味での実践的学問と考えるならば、ここで考察すべき問題があります。それは、「人類の幸福を追求し、それを自分の所属する地域に還元するには、国際協力から得た研究成果をどのように意味のあるものにしていくか」という看護の視点に立った問題です。ここでは、研究者としての質的向上につながる経験、そして、困難は予想されるものの取り組む価値のある経験について皆様と一緒に考えていきたいと思えます。特に、私が過去に行いました、看護倫理の分野、終末期ケアでの意志決定の分野での研究活動に基づいて発表を進めます。

### 看護倫理研究の国際的連携

今日の中国での看護倫理に関して、私はエスノグラフィ的視点からの研究（Pang 2003）を行いました。その研究で、中国人ナースは6つの役割関係と11の責任分野の関係の中で「倫理」を概念的していることが明らかになりました。伝統的中国社会における倫理システムを構成する5つの主要な関係に似て、現代的な意味での看護倫理もまた役割関係という形の中で理解されています。この6つの役割関係とは、(1) ナースと社会、(2) ナースと専門的職業、(3) ナースと実践、(4) ナースと医療保健機関、(5) ナースと患者、そして(6) ナースと患者の家族との関係です。それぞれの役割関係の簡単な説明と下位区分を示しておきましょう。

- (1) 「社会」に関連する責任：
  - ①社会主義的ヒューマニズムの原則
  - ②ヘルスケア・アクセス
- (2) 「実践」に関連する責任：
  - ①ナースの人間的な意味での資質
  - ②ナースの専門職者としての資質
  - ③看護という職業に対する姿勢
- (3) 「患者」に関連する責任：
  - ①患者の保護

---

\* 香港理工大學看護学部助教授。



## ②ケアの質

### ③患者を一個の人間として扱うこと

- (4) 「医療保健機関」に関連する責任：その機関の規則と規定を遵守すること
- (5) 「専門的職業」に関連する責任：看護職という職業に敬意を払うこと
- (6) 「患者の家族」に関連する責任：家族メンバーを完全に参加させること

以上のように6つの役割関係と、その下位区分としての11の責任分野が存在します。

いくつかの実証的研究から、中国人ナースは看護の実践現場で倫理的ジレンマを経験していることが分かっています。こういった倫理的ジレンマは、情報開示、治療の中止、安楽死の要求、注文の多い患者やものを言わない患者のニーズに応じられない、などのようなさまざまな看護状況によって分類することができます。患者を十分に保護しなければならないという制約があると同時に質の高いケアを施し、患者を一個の人間として扱いたい、という両方の価値の狭間でジレンマが生じるのです。第2の原因としては社会主義者としての責任感を持ちつつも、市場経済のメカニズムで動く医療システムの要求に合わせていくという役割要求が挙げられます。第3の点として、家族の責任を重視するという伝統的ケアの価値観と、規則や規定を重視する医療機関の方針を満たしながら、ナースの心に浮き上がってくる専門職としての感覚です。

この研究を通して中国人の看護倫理について発見したことを、世界的な看護規範に照らし合わせて理解しようと試みたとき、私は次の2つの点に気づきました。第1の点は、2000年の国際看護師協会大会で策定された「倫理綱領 (the Code for Ethics)」は、役割関係という視点から理解が可能だということです。そこでは、倫理的行為の基準が、ナースと患者、ナースと専門職、ナースと実践、そしてナースと同僚という4つの主要要素でまとめられているからです。第2の点は、世界の異なる地域での看護実践においてナースが経験するモラル的側面を明らかにする研究で、役割関係のネットワークの中で競合する要求（社会主義的理想と市場メカニズム）についての中国的な考え方が中心テーマとして現れているのです。このような背景の中で、日本とアメリカの看護学者と共同で看護における倫理的な役割責任研究が推進されました。この共同研究の目的は国際的な看護倫理の提携を拡大するために、異なる文化背景のナースを調査し、異なる伝統の中での倫理実践がどのような意味を持ってくるのかについての理解を深めることでした (Pang, Sawada, Konishi, Oslen, et al., 2003)。

### 研究テーマについての異文化理解

「役割責任に関するアンケート用紙 (Role Responsibility Questionnaire: RRQ)」の翻訳作業と、その内容妥当性の確認作業は、異文化理解という意味ではとても有意義な経験でした。まず、「役割責任に関するアンケート用紙」の翻訳にあたり、2つの大きな修正が加えられました。まず、日本、及びアメリカの共同研究者からコメントを受けたのち、中国語の原文の50項目のリストに新たに6項目の質問が加えられたことが挙げられます。次に、倫理についての中国的な概念化をアメリカや日本のナースに一方的に押し付けることのないように、原文で6つの役割関係に分類されていた質問項目を4つのカテゴリーに構成しなおしたことです。この新しいカテゴリーは ICN の倫理綱領に類似しており、社

会、患者と患者の家族、専門職者としての役割、そして医療現場での実践に関連した責任の4つになっています。ICN 倫理綱領にある倫理的行為の基準とは対照的に、この 56 項目のリストはナースが現実の医療現場での実践が求められているさまざまな種類の責任をとらえる目的で、より精巧なものとなりました。

### 異文化理解の推進

異文化研究では相違点に重点を置く傾向がありますが、この研究グループでは、異文化間の相違点よりもむしろ類似点を重視する研究成果を得ることができました。中国のナースと同じく、アメリカと日本のナースの大部分も、56 項目の内容をそれぞれ自国の看護責任を表しているものと考えました。56 項目のうち 3 項目のみが、146 名中の約 10% のアメリカ人ナースにより「関連性なし」と評価されました。それは、(1)監督者のいない場所ではより注意が必要である (27%)、(2)自己犠牲の感覚を持つ (21%)、(3)悪い知らせから患者を守る (19%) です。また、667 名の日本人ナースのうち約 10% が、(1) 自己犠牲の感覚を持つ (13%) と (2) ナースの尊厳は患者とその家族により尊重されるべきである (10.5%) という 2 項目について「関連性なし」とみなしました。中国、アメリカ、日本の調査から得た回答には高い内部整合性が認められ、すべての項目の回答に関するクロンバッハ・アルファ係数は中国人ナースが 0.97、アメリカ人が 0.94、そして日本人が 0.93 でした。役割関係に関する 4 つの側面すべてのクロンバッハ・アルファ係数は 0.61 から 0.93 の幅があり、これもかなり高いものでした。言い換えますと、このアンケートはグループ回答のパターンの有効性をさらに検証していく上で有効な基盤を与えてくれるのです。

中国、アメリカ、日本のナースが倫理的責任と見なす項目の重要度ランキングについて多次元の選好分析を行った結果、原理・原則中心、道徳中心、ケア中心という 3 つの主要な看護倫理の志向性を求めることができました。原理・原則中心の倫理志向は、人間、善行、正義、社会主義的人間観への敬意により成り立っています。「人間の尊重」という項目は自己決定や秘匿性についての患者の権利を認める内容になっています。「善行」に関する項目では、患者を害悪から守り、患者に害を与えないことが述べられており、「正義」の原則はヘルスケアを受ける権利についての内容となっています。これらの原則は看護に関する普遍的規範と見なされており、西洋における倫理伝統の中でのヘルスケア実践では常に掲げられる原則です。これらの項目に対しアメリカ人ナースがより高い優先を示したのに比べ (4.11 から 0.5 の幅)、日本人ナース (3.65 から -0.42 の幅) や中国人ナース (1.22 から -0.68 の幅) が示した優先率は低いものでした。つまり、この原則が西洋の倫理的視点に立脚するものであることが証明されたのです。「社会主義的人間観」の原則についての項目は中国では受け入れられやすいスローガンであり、社会主義に基づいた人間観による社会を建設するための基本原則です。調査では、中国人ナースはこの項目に高い優先順位を示しましたが (0.87 から 0.95 の幅)、日本人ナースやアメリカ人ナースは低い優先順位しか与えませんでした (-0.61 から -0.78 の幅)。

道徳中心の倫理志向にはナースの性質 (積極的性質、受身的性質) を示す項目が含まれています。かつて、補助的な立場というナースの従属性は、ナースにとっての美德と考え

られた時期があり、それはナースの「受身的性質」という項目の中に見出すことができます。全体的に、中国、アメリカ、日本のナースすべてが看護の受身的性質を低くランクし、積極的性質を高く評価していました。ナースの積極的性質には専門職者としての看護実践における望ましい特質も含まれます。この項目をもっとも高く評価したのは中国人のナース（4.17 から 0.26 の幅）で、日本人とアメリカ人のナースはそれよりも低いものでした（1.51 から-0.8 の幅）。

最後に、ケア中心の倫理志向について述べます。この倫理志向には「生活の質」と「命の尊厳」という 2 つの中心的要素があります。ナースの受身的性質に対する評価と似ていますが、中国、アメリカ、日本の 3 カ国のナースとも「生命の尊厳」に関する項目には低い優先順位をつけていました（0.95 から-0.68 の幅）。「生活の質」に関する項目は、患者の生と死の質を向上させるために、患者へ安らぎやケアを大切にする内容です。3 カ国のナースのうち、日本人のナースがこの項目に最も高い価値を与えていました（2.47 から 0.69 の幅）。

まとめますと、中国、アメリカ、日本、それぞれの国のナースによる倫理的責任に関する項目の重要度についてのランク付けのパターンから、倫理的責任という視点において中国人ナースはより道徳中心型であり、アメリカ人ナースは原理・原則中心型、そして日本人ナースはケア中心型であることが結論づけられました。

### 看護における倫理実践を推進する協力関係の促進

看護倫理の探求は、臨床現場においてナースが道徳性をつちかう方法へと踏み込みつつあります。このような傾向の中、最近の看護倫理の問題に関してもっとも多いテーマは倫理実践を特徴づける原理原則中心型アプローチとケア中心型アプローチとの関連性についての評価です。原理原則型の倫理では、ナース自身による判断、態度、行為が、倫理原則や規則に与える影響を踏まえた上でよく吟味されることが要求されます。確かに、原理原則型のアプローチは偏りが生じにくいという点では優れているのですが、この原理原則という前提だけでは、人間関係に道徳的関心が生じることの説明にはなりません。ナースが患者に接するのは患者がもっとも弱い状態の時であり、ナースと患者は通常ではあまり見られない親密な関係を持つこととなります。ですから、看護倫理を語る際には「ケア」や「ケアリング」という言葉がより関連性があるように思えるのです。ケア中心的手法を用いた行為や判断は、抽象的な原理原則をナース側の状況や公平性に当てはめることを重視するのではなく、ナースの患者やその家族に対する責任という脈絡の中でケアリングとは何を意味するのかを基準にして評価されるのです。原理原則型の倫理と比べ、究極の道徳的関心とは原理や規則に密着したものではなく、人間関係の中で他人の幸福にどのように反応するかといった点とともに存在するのです。ケア中心型、道徳中心型、そして原理原則中心型的手法については、それぞれ概念化の方法が異なるでしょうが、臨床の場での倫理的思考の研究により、この 3 つの手法は必ずしも倫理に沿った行為に対立するものでないことが明らかになります。この 3 つの手法を含めることで、看護実践の場での複雑な倫理的問題について理解を深めることができるのです。また、中国、アメリカ、日本のナースが重視する倫理志向は異なるものの、看護実践という現実の中で、この 3 つの倫

理志向はナースが役割責任を知覚する際に共存していることが調査結果から実証されました。これは、国際的な看護職者の連携の中で、看護倫理に関する対話を促進し持続することがいかに重要かを明示しております。私たちは互いに学びあい、看護倫理実践の質を高める目的で異なる手法を結集するにはどうすればよいか理解することができるのです。この目的達成のために、看護倫理の教育に異文化的視点を組み込むことは将来のナース育成にとって有益なことです。単に文化的な点に細心の注意を払ったケアを行うという目的のみならず、倫理的な意志決定の際に、異なる倫理志向の相互作用や実践の場に求められる要求に気を配るような能力をナースに備えることにもなるのです。

### 疾患の進行した患者への終末期ケアにおける意志決定

医学の進歩により、医療の現場、医療への要求、そして医療市場は魅力的な方向へと大きく変わってきます。しかし、いまだに医療の質が議論されるのは、安らかな死、尊厳のある死を促進するという点においては依然として医療技術に限界があるからです。医療の技術面を重視する臨床現場は、終末期ケアにおいては誤った方向に向かっていると指摘する声もあります。例えば、病気の重度や予後診断には関係なく患者に蘇生措置を行うという機械的作業、重症の進行性慢性呼吸器疾患を持つ患者に機械的な換気治療を行う医療機関、そして永続的な植物状態、もしくは高度の痴呆症である患者への人工栄養法の実施などがあります。

終末期ケアにおける第一の関心事は患者の QOL を最適化し、尊厳のある安らかな死の準備ができるケア環境作りにあるということは、多くの同意を得ています。生命を維持する、悪く言えば、延命措置のための医療技術は、ケアの目指すゴールに適うものではありません。ここで次のような問題が提起されます。今日の技術革新の時代において、終末期ケアを準備する際ナースはどのような倫理的行為をとるべきなのでしょう。私が今着手している研究プログラム——アメリカ、ベルギー、香港の共同研究者による学際的研究プログラム——を通じて異文化間での経験とアイデアを交換する十分な土台が与えられ、(1)終末期ケアにおける QOL の関心を理解し、(2)死の準備段階におけるケアの質を高めるために地域の人々がなしうる最上の方法を発見することができるのです。

### 終末期ケアにおける QOL の関心：異文化間の対話

医療関連のデータベース、ヘルスケア関連のデータベースを検索してみるとお分かりのように、末期患者の QOL に関する研究が非常に不足しております。そこで、末期患者の QOL 研究に、現存する健康関連の QOL 指標を使用することの妥当性について批判が出ています。ひとつの例としてマックギル大学緩和ケア患者用 QOL 尺度 (McGill Quality of Life Questionnaire for Palliative Care : MQOL) が挙げられますが、この研究は癌が進行した患者の実存への関心の問題を取り扱っております。この点は、今までの健康関連の QOL 研究ではほとんど強調されなかった点です。また、進行性慢性閉塞性肺疾患と肺癌を持った患者とその家族に対するエスノグラフィ的手法による聞き取り調査からは、生命の項目では患者とその愛する人々により表明された評価要因を十分に記述することができました。また分析結果を説明するために、患者の生命に関する評価要因の理解への広い

解釈がとられています(Pang, Tse, Chan et al., 2003a and 2003b)。患者の口から発せられた言葉は、Quality of Life Concerns Questionnaire (QOLCQ)の質問項目作成に使われました。予備的分析では、6つの領域と 39 の項目に分けられましたが、その6つの領域とは(1)全体的な QOL 評価、(2)身体的安寧感、(3)情動的安寧感、(4)人間関係の安寧感、(5)実存的安寧感、(6)保健医療利用経験です。この質問票は、先に述べましたマックギル大学緩和ケア患者用QOL尺度を拡大・修正したものと見なすこともできます(Cohen 2002)。

身体的安寧感——これは MQOL での身体症状の領域に似ています——を除けば、以下の3つの重要な相違点が存在します。第1の点は、この質問票では、MQOL での「支援」の項目を「人間関係の安寧感」の下位に区分しています。第2に、「情動と実存」の内容が拡大されています。「情動」の項目は基本的に「精神的なネガティブな症状を見出す」として残っています。「実存」の内容が広げられ、「生きる意思」、「生命の価値」、「宗教心」、「死への関心事」に関連した質問が含まれました。第3の点は、「ヘルスケア経験」が新たな領域として導入されたことです。

この2つのアンケートの妥当性が同時に検証され、QOLCQ とそれに対応する MQOL の領域では、次の4組で正の相関性と有意性が認められました。

- (1) QOLCQ「身体的安寧感」と MQOL「身体的な症状」(Spearman's  $\rho = 0.97, P < .001$ )
- (2) QOLCQ「情動的安寧感」と MQOL「精神的な症状」( $\rho = 0.80, P < .001$ )
- (3) QOLCQ「生きる意思」と MQOL「実存」( $\rho = 0.81, P < .001$ )
- (4) QOLCQ「命にかかわる様々な価値」と MQOL「実存」( $\rho = 0.85, P < .001$ )

対照群との比較を用いた構成概念上の妥当性により明らかになったことは、全体的な QOL 評価と異なる QOLCQ の領域の間には緩やかな相関が認められたことです (Spearman's  $\rho$  varied from 0.29 to 0.35,  $P < .01$ )。相対的にいえば、QOLCQ は「身体」、「精神」、「支援」の領域において、MQOL よりも明確に区別することができたということになります (Spearman's  $\rho$  varied from 0.24 to 0.28,  $P < .05$ )。

私が自分の国で集めたデータを中心に開発した RRQ——その後、国際共同研究により内容がさらに充実——とは対照的に、QOLCQ は世界中のさまざまな地域から集められたデータをベースに開発されてきました。その意味で、QOLCQ には次の3つの特筆すべき点があります。

- (1) 異文化間の対話は、人間の幸福の追求についての共通の関心という問題を理解するために、豊富なデータとより広い視点を与えてくれたこと。
- (2) 共同研究者は、質問票の所有権を共有する研究プロジェクトでのパートナーであったこと。
- (3) QOLCQ を構成する広い解釈的基盤は、終末期の関心事について異なる文化間での多様性を理解するために共通の基盤を与えてくれたこと。

さらに、呼吸器疾患や肺癌以外の末期の慢性疾患患者に対しても QOLCQ が妥当性を持ち、応用可能であることを検証するために必要な今後の研究が考えられております。

## 地域への応用

この 20 年間、終末期の治療決定に関連して、広い分野での法的合意が持ち上がりまし

た。第1に、延命治療を差し控えることと中止することとの間には、重要な倫理的相違は存在しないということです。2番目に、CPR や MV と同じく、人工的な栄養補給や水分補給は医療行為の一形態と考えられています。第3に、意志決定を行う際に、患者の選択や優先権の考慮が当然と考えられています。最後に、自己判断ができない患者に代わり、代理人がその終末期の決定を行うことができます。このような決定は、患者に一番よいことを代理人が判っていることが前提です。いろいろなコンセンサスがなされていますが、何よりも重要なのは、患者が最終的な決定権を持つということです。このような決定は、しばしば、患者が終末期に差し迫った状態でなされることもあります。その実行は患者の意志能力に関わらず、決定時から時間がたった後のことです。患者による事前の指示——口頭もしくは文書——があり、終末期の治療を制限について患者の希望が述べられていれば、その内容が尊重されるのは当然です。しかし、患者の希望が分からない場合には、患者にとって一番よいものは何かという点を考慮して、代理人による決定が可能です。この場合の代理人は、患者の家族、法的に認められた保護者、あるいは医師です。よりよい意志決定のために、多くの国では専門職者による実践指導が行われております。香港の例ですが、ナースに向けて新たに作成された倫理綱領には、終末期ケアにおける看護の責任が明確に述べられております (2002)。

- (1) 人間は生きて死ぬという生命の大原則を受け容れ、死と死にゆくことを、生と生きることの不可分の一部分と見なすこと。
- (2) 苦痛や、その他の痛ましい症状を緩和する措置を与えること。
- (3) 患者とその愛するものたちの感情や患者の実存上の関心に配慮する。
- (4) 患者が最高の幸福を維持することができるような支援を行う。
- (5) 患者が尊厳のある安らかな死を迎えることができるように支援する環境を可能な限り作り出すこと。
- (6) 終末期や、死の瞬間に、患者の家族が患者の要求に応えることができるよう可能な限り支援すること。

まとめると、ここで述べられている内容の一番の関心事は、患者自身を幸福にし、また患者の身体、精神、周囲との関係、実存的安寧感を最大限にするヘルスケア体験を与えるにはどうすればよいのかということです。このような QOL 領域で、医療サービス提供者が患者ひとりひとりの関心を評価する計測法として QOLCQ の使用が可能であることが分かりました。患者の価値、信条、そして好みに合うように、治療やケアの内容の決定について患者やその家族とともに十分に話し合い、また計画を立てることが可能となるでしょう。

進行した COPD の複数の患者を対象にした研究では、延命治療や患者のケアへの関心について、法律では認められない可能性のある患者の希望を調べる際に QOLCQ が応用できることが証明されました (Pang et al., 2003b)。アジアの国々では文化的にみて、こういった内容はタブーであると信じられているようですが、ほとんどの患者が終末期ケアに関する決定の場への参加を強く望んでいることが分かりました。例えば、人工換気法の

導入について賛成か反対かは患者によって異なりますが、その相違を特徴づけることができます。患者は病状を総合的に感じ取り、自分の病気の重症度を評価していたのです。研究の結果、QOLが低く病気が重い患者は治療の制限を必ず選ぶという考えは支持されず、QOLと延命措置の好みとの間には強い関連性はなかったのです。ですから、進行したCOPDの患者に対する延命治療の決定が重要なのは、より深い意味においてなのです。それは、患者にも医療職関係者にとっても、ケアの第一の目標は苦痛を和らげることであって、医学的介入を積極的に行うことではないことをあらかじめ分からせるヒントになっています。患者は、治療プランに関して、医療チーム側の考えを高く評価し敬意を払っているものです。患者中心の手法（患者ひとりひとりが独自の考えと関心を持つものとして理解すること）こそ、質の高い終末期のケアを改善する極めて重要な要素なのです。この研究を通じて、患者の考えるQOLの関心とケアの好み、QOLCQを使うことでいかに見出せるかが示されたのです。

## まとめ

これまで私は、看護倫理、そして終末期ケアに関する私の国際的な場での研究活動の一端をご紹介してきました。この両分野における経験は、研究テーマに関する異文化理解や国際理解をもたらしてくれた点で意味のあるものでした。RRQにより、倫理的な役割責任に関して、世界の異なる地域のナースには、異なる志向性が存在することが明らかになりました。それは、国際的な場面で看護倫理の提携を構築する上で洞察を与えてくれるものです。QOLCQは、世界のさまざまな地域からの異文化対話やデータに基づき、QOLの関心についての幅広い解釈を与えてくれています。このような研究成果により、今日の技術優先の世界において、終末期ケアに関して、患者が希望している共通の関心が明らかになりました。学術研究における国際協力は、世界のさまざまな国々の研究者をひとつの目的のもとに集めることができます。そして、このような国際的共同研究を通じて、世界的な視野でものを考えるにはどうすべきなのか、人間性の幸福を迫及するために自分の地域でどのような活動を行うべきなのか、私たちはお互いから学ぶことができます。

## References

- Cohen SR. What determines the quality of life of terminally ill cancer patients from their own perspective? *Journal of Palliative Care* 2002; 18(1): 48-58.
- Goelen G, Pang MCS, Rigo A, Tse CY, Lam PT, Leung MW. Respect for patient autonomy in palliative care in Hong Kong China (manuscript under review, 2003)
- Hong Kong Nursing Council. Code of Ethics for Nurses and Code of Professional Conduct for Nurses. Hong Kong SAR Government Press, 2002.
- Pang MCS. Nursing Ethics in Modern China: Conflicting Values and Competing Role Requirements. Value Inquiry Book Series 140. Amsterdam-New York: Rodopi, 2003.
- Pang MCS, Sawada A, Konishi E, Olsen D, Yu PLH, Chan MF, Mayumi N, A Comparative Study of Chinese, American and Japanese Nurses' Perception of Ethical Role Responsibilities, *Nursing Ethics*, May, 2003, 10(3) (in press)

Pang MCS. "From struggled to prepared death: nurses' therapeutic use of self in patients near the end of life", First International Arts in Healing Institute, College of Nursing, Florida Atlantic University, May 16-17, 2003

Pang MCS, Tse CY, Chan KS, BPM Chung BPM, Chan MFT, Leung WKA, Leung MF. An empirically based ethical analysis of treatment-limiting decision-making for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease (manuscript under review, 2003a)

Pang MCS, Tse CY, Chan MFT, Chan KS, BPM Chung BPM, Leung WKA, Lau KS, Leung MF. Prognostic and quality of life factors surrounding the mechanical ventilation preferences of patients with chronic obstructive pulmonary disease. (Unpublished manuscript, 2003b)

(訳：江藤裕之)



## 看護の成長： なぜアジア太平洋地区の看護師が国際的にならなければならないか

片田範子\*

話題提供者としての私の役割は、専門職として教育者としての二つの観点から国際的関わりがなぜ必要なのかということと、むずかしいと感じていることは何なのかについて、今まで経験した国際的活動を通してお話しさせていただきます。

日本の看護の現状は経済や情報など社会状況の変化のために大きく影響されています。一方、専門職に必要とされている意識変化・システム変化・教育変化は必ずしもその社会変化に追いついていないかもしれません。今の社会は私たちが好もうと好むまいと国際的な影響は入ってきます。経済は世界規模で変動しています。そして、その影響が医療に及び、医療改革をもたらしています。経済効率を重視した改革は人的資源の削減や医療形態の新たな提案をもたらし、ケアマネジャーやケアコーディネーターなど、各専門職の境界を見極めにくい状況を作り出しています。また、情報についても今やユビキタス社会と言われるようにいつでもどこでも情報が取り出されることをめざしています。そのために情報の流れは開示へ向き、今まで専門家として持っていたと思ひこんでいた知識は全ての人の目に触れることとなります。IT 導入の流れは病院管理をコンピューター化し診療記録の電子化に加速度がついています。また、この IT 化は情報の流れをグローバル化させ、自分の家に居ながらにして世界の情報を収集することが可能になりつつあります。この情報の流れは他国の知識や考え方が急速に輸入され、その現象が示すことや現象がもたらす社会への影響を考えるまもなく社会が動き始めるという状況を作り出しているような気がします。

### 専門職的側面

このような中、なぜいまアジアの看護職はもっと国際的に活動することを求められているのかということを経済福祉活動（SEW）を中心として国際看護師協会（ICN）における社会経済福祉活動（SEW）を中心に考えてみます。

現在 SEW は ICN の3本の基本的活動の一つです。ICN の歴史の中で、社会経済福祉関連事項は 1901 年という創設初期の段階から看護職の労働時間・労働条件等に関わることは検討議題としてあがっていました。1929 年に ILO が看護職関連の労働条件等について協力を求めてきています。1947 年に国際活動が再開された時点において組織の見直しを検討され、看護職の SEW 関連事項について検討する委員会が設置されました。各国の

---

\* 兵庫県立看護大学教授。

カリフォルニア大学サンフランシスコ校大学院博士課程修了。看護学博士。子どものケアを中心に、看護学における幅広い分野で活躍。日本看護協会国際活動検討委員会委員長、国際看護婦協会副会長、日本看護科学学会副理事長などを歴任。

看護師の経済状態の調査や組織の見直しがなされ、組合交渉術の必要性がクローズアップされました。組織の見直しでは、組織構成員の関係性を明確することが必要となっていました。ILO との関係の重要性も再認識されると同時に SEW 委員会は賃金交渉、ストライキのあり方などを課題とし、労働組合の交渉手法を看護集団を守るために用いる国々が主導権を取っていきます。このような状態で、SEW 委員会の位置づけは専門職委員会に吸収されたりしながらもその重要性は維持し続けてきました。このような背景が示すように、1985 年以降も看護の専門職としての位置づけを賃金交渉的手段を用いて確保する方法論が主流となって SEW 委員会が継続されることとなります。私は 1994 年 ICN の西太平洋地区から理事として選出され、SEW 委員会委員長に任命されました。その次の任期を通して 8 年間 SEW 委員会を経験したのですが、一番 SEW から遠い人材だったはずで、折しも「医療改革」という言葉が世界中を駆け回り始め、経済的影響が看護職の身分保障に大きく影響をし始め、各国看護職の雇用・賃金形態の見直しが重要案件となりました。その当時は世界の各地区から SEW に長けた人材を選び SEW 諮問委員会を依頼し、SEW 委員会に意見・助言する委員会として位置づけていました。世界各地区の代表性を重視しますと、国の経済状況から北高南低といった構図を作り出し、指導する側される側の構図となりがちでした。その中で、アジアの国の看護協会の背景は多くが専門職団体であり、交渉権は法的に規制されている組織も多く存在していました。それだけでなく看護職の地位保障を獲得する方法論がいわゆる欧米の先進諸国とは異なっているのですが、その何かは明確にはなっておらず「なんかいつの間にか成功し獲得している」という表現であらわされていました。その後 ICN 会員国それぞれの経済性とニーズの多様性を考慮し、SEW 委員会の諮問委員会は廃止され、課題毎にその課題を有している国が自主的に集まり情報の共有をはかる事になりました。賃金報酬関連のフォーラムがイギリス、デンマーク、スウェーデン、ノルウェー、カナダ、アメリカ、ドイツ、ニュージーランド、日本が参加し ICN とともにその課題についての情報交換と課題追求をおこなっています。

同じような課題であってもそれに取り組む各国の方法の異なりに有る背景となっている状況を分析し理解することで、自国の政策案作成に向けて吸収した情報を取捨選択し、方法論を適合させ、新たな方法を作り出すこととなります。今まで見えなかった事を説明する機会に飛び込むことによって、他国にはそれを聞くことが出来る機会を提供します。自主参加の選択はこの双方向性の重要性を理解した上で行うことが重要です。皆が同じようになることが目的ではなく、相互作用の中で、各参加者が自分を見つめそれぞれにあったものを作り出す事で、各国の人々に適したものを築くことになると考えます。この賃金報酬フォーラムはラテンアメリカ地域、アフリカ地域などでも開催され、現在アジアにおいても毎年開催されています。ICN はそれぞれの地域に共通する文化背景があり、地域性に合った情報交換も必要と考えています。国際組織としてはさらに得られた情報の公開を行うことで、地域を越えて資料となるよう工夫しています。国際看護実践分類 (ICNP) プロジェクトや国際資格認定フォーラムの看護認定システム関連研究の 2 次分析研究を行うためのデータバンク登録やアメリカ看護資格認定センターが行っている大規模マグネットホスピタル研究など、国際的な関わりから生まれてくる知識の集約が期待されています。

ICNP や資格認定については台湾看護協会が積極的に関わっていますし、日本看護協会

も検討チームを有しています。しかし、国を越えたプロジェクトを作るまでには進展がみられていません。

## 教育的側面

教育的状況は現在の教育システムの大綱化やグローバリゼーション、国際力の育成強化の姿勢にも見られていますが、看護界にとってもエビデンスと国際レベルでの競争力を期待され始めています。業績の中に国際的学会や雑誌での発表が含まれていることが、キャリアディベロップメントに有利になるといった2次的なメリットが促進力でもあります。日本看護科学学会では、学会としての英文誌の発行を近い将来への課題としています。日本からの知識の発信です。国内で発表されている論文の数に比して国際的な発表の少なさは看護界の大きな課題だと考えます。

昨年、日本で始めて東アジア看護研究者会議（EAFONS）が開催されました。この国際会議は現在アジアで看護学の博士課程を有している大学が、相互の情報交換、交流、仲間支援、そしてアジアの看護知識の蓄積・発信を目的に組織を作り、毎年該当国の大学が交代で主宰しているものです。香港のポリテクニック大学の学部長を務めていたアイダ・マーチンソン博士の発案で7年前に開始されました。この会議のメンバーが存在する国はまだ6カ国であり、日本は昨年6番目の主催者として参加しました。その前年まで、この仲間達は何回にも日本の看護教育者に公私両側面から参加を呼びかけてくださっていました。しかし、度重なる誘いに耳を傾けるまでに5年の歳月が必要でした。時間が合わなかったり、様子が分からなかったために不参加が重なってしまったと言うことはありますが、この現象は自分の国際感覚の鈍さを反映したものであったのではないかと反省をしています。折角与えられた身近な機会であるのに、その本質を見失い機会を逃がしてきたということです。一昨年台湾が主催国となり、アジアで看護系大学院を持つ国として主催していないのは日本だけであるということ、熱心に誘ってくださる仲間がいたことなどから「ともかく」参加する事になりました。次回を引き受けることを前提として参加した状況ではありますが、その姿勢で見えてくるものは「ことの重要性」でした。先に述べたように日本の現状は看護学の成長のためには充実した博士課程の構築が必須であり、質の高い看護研究者を養成することは看護界にとって重要な課題でありました。参加によって見えてくることは同じ課題をアジアの近隣の仲間達が持っていることや、繋がることによって他の国の状況を知り、比較することから見えてくる類似性や異なりを明らかにする方法論構築への可能性でした。

アジアに住む人々が何となく感じている共通感覚、あるいは感じている「アジア文化」の存在をどう具体的に探求するのかが求められていることを感じました。共通感覚を持ちながら、このアジア地域の特色はそれぞれの用いる言語の多様性です。国は違っても同じ言葉をしゃべる地域とは異なり、それぞれが国語を持ち、第一次言語が異なることは生活文化、生活感覚の異なりを意味するのかも知れません。しかし、先に述べた「共通感覚」は、一昨年台湾を訪ねたときの休憩時間に研究者間の話題となった「ごはん」を介した経験の例だと思えます。それぞれが国や時間を越えた中で、お米を炊く話になったとき、電

気釜ではなく火加減、水加減を自分の体や感覚を使って炊きあげる技術について類似した体験をしていることが分かりました。勿論そこから理論構築をしたわけではないのですが、この共通感覚を感じる力がアジアの人間関係の根底を成しているのかも知れないと思えました。看護が人間の生活そのものに介入していく技術であり科学であるとするならば、この感覚・体験をどのように言葉にするか、概念・理論を構築するかが今後期待されていることだと思えます。

EAFONS の中で研究倫理についてのミニセッションがありました。それぞれの国の研究者達の抄録に、倫理的配慮が書かれていないものが多かったために、急遽それぞれの国で倫理的扱いをどのように行っているのかを自由討議する場を設けました。ここでもまた、人間関係の共通性を認識させられたように思います。医療の中で患者を取り巻く関係性はパワー葛藤に直面し、患者のみでなく看護師の主体性、自律性のジレンマを生じさせていました。社会の営みにある生活の変化や人間行動の前提から必要となる看護介入方法について共同研究や比較研究が行われる事が望まれます。

専門的側面・教育的側面の双方にかかってくる事は言葉のことで、国際的事項への取り組みのことだと思えます。アジアの中でも共通して用いられる言葉は英語です。英語への遠さが日本の中には存在します。昨年の EAFONS の際に、会の運営に当たった大学院生達が第2次言語であるはずの英語を他国の仲間が果敢に駆使するのを目の当たりにし、悔しい思いをしながらも、研究者の意味を見いだしていました。このような交流が時代の研究者達を育てていくのだと言うことを確信した出来事の一つでした。相手を知ることから仲間作りが始まり、仲間が作り出していく創造力は大きなものになっていくと思っています。他の国の博士課程のカリキュラムには英語を話す国での科目履修を義務づけたり、英語による授業の設置、論文の作成義務などが紹介されています。表現力を持つことが国の中のことと国の外のことという対応方法を、ボーダーを超えて活動する対応方法に変化させていく大きな原動力になるのだと感じています。

## 看護学国際協力のための各国の状況と日本の現状

見藤隆子\*

私はこのシンポジウムに臨むに当り、先ず、参加して下さる国々の健康問題に関する状況を知りたいと思いました。最新の東南アジアの状況を正確に記した資料を得るのは困難で、2000年に出された、*Nursing in the World* (4th ed., IFNJ: The International Nursing Foundation of Japan)を参考にするしかありませんでした。この資料(表1)は、1997年から1999年のデータを集めたもので、しかも正確さを疑うような数値が見られました。それをここにお示ししておきます。ここに参加して下さっている各国の代表者の方々に、この本からのコピーをお渡し致しますので見て頂き、訂正をFAX、郵便、またはメールでお知らせいただくと幸いです。このシンポジウム終了後、私のところへコピーをとりに来て下さるようお願い申し上げます。この資料を見まして、当然のことながら国情によって大きな違いがあることを再認識させられました。

日本は、第二次世界大戦後のひどい廃虚の中から立ち上がり今日のような姿になりました。戦後の看護に関して云えば、教育水準は低く、給与も低く、社会的地位も低いなど、多くの問題を抱えていました。それらを改善するために1948年に日本看護協会に看護職者は結集し、国会議員を国会に送り、看護の高等教育化のための様々な運動を展開して来ました。この中で、医療、看護が手本にして来たのは、主としてアメリカのそれでした。アメリカに追い付こうとして来た日本があります。そして、未だ達成していない幾つかの問題、たとえば Nurse Practitioner の存在とその活動への健康保険組合からの直接的な支払いがないなどがあります。

現状をより良いものにしたいというのは人間の本性ですから、この会議にお集りの皆様方も自国の医療、看護の改善を望んでここにお集りなのであろうと思います。日本は、今でもアメリカと比較して、改善を計ろうとしています。このことは悪い事ではないと思いますが、ここにお集りの東南アジアの近隣諸国の皆様方から学ぶものが沢山あると思っています。われわれは、民族的、歴史的、文化的に欧米とは異なる近さをお互いに持っていますから、それだけに良いものを影響し合う事が容易だと思っています。

私のささやかな経験でも、中国に行った時、中国医学が持っている人間を全体(wholeness)として捕らえる考え方や、サモアでの医師がいない所での看護師の活躍、韓国での日本より進んだ看護師の活躍など学ぶものが有りました。

統計資料を見ますと、日本、韓国、台湾、香港は健康指標が比較的近いようです。健康指標が著しく違うように見える国もその国なりの工夫をして、健康問題に取り組んでおられることでしょう。国情の違う国々と共同研究出来る課題を見つける事は苦労でも有り楽

---

\* 長野県看護大学学長。医学博士。東京大学医学部衛生看護学科卒業。千葉大学看護学部教授、同学部長、東京大学医学部保健科学・看護学科教授を経て、1995年より現職。1993年から1999年まで日本看護協会会長を務める。2003年看護職者への最高の荣誉である「フローレンス・ナイチンゲール記章」を受章。

しみでもあります。

\* \* \* \* \*

さて、私はここで日本の医療、看護の現状等について皆様にお伝えする役割があると思います。

表1に示されていますのは1998年のものですので、2000年の数字を入れておきました。現在の日本の医療、看護上の大きな問題は、急増する高齢者の健康生活をどうするかということです。2000年に、全人口の6人に1人が65才以上の高齢者であったのが、2025年には、3人に1人になると予想されています。

表1にもありますように、日本は世界で一番男女共平均寿命の長い国です。平均寿命が長いというのは、乳児死亡率が低い事、経済状態が良いこと、医療や福祉制度が比較的整っている事の反映であろうと思います。これらは、喜ばしいことではありますが、高齢者が増えて行くために医療費等が高騰して行くと言うことや高齢者の生活をどう支援するのかなどの問題があります。そのうえ、日本では表に見られるように出生率が下がっているため、高齢者を支える若年の働き手が急速に減って行くと言う問題があります。少子化への対策に今、日本は腐心しておりますが、有効な手立てを見つけれないでいます。

高齢社会に対する対応としては、1963年の老人福祉法制定以来、国は各種の対策を立てて来ました。そして、2000年4月からは、医療保険制度とは別のものとして、介護保険制度が施行されました。日本国民は、総ての人が、何等かの健康保険に加入する事になっていて、そのための健康保険料を支払っています。介護保険は、40才以上の方は総て介護保険料を所得に応じて払わねばなりません。介護保険を使えるのは65才以上になってからです。40才以上の人でも老人性の疾患に罹っている人は、介護保険の給付が受けられます。

介護保険給付はサービス給付であって、お金の給付は一切ありません。サービスの目的は、高齢者の自立支援であります。介護保険サービスを受けるためには、住んでいる市町村役場に申請します。市町村が該当者であると認定しますと、ケアマネジャーがどの程度のサービスを提供したらよいかを査定し、査定に応じたサービスを受けられます。サービスの内容としては、介護職員による訪問介護として、掃除、洗濯、買い物などがあり、看護職による訪問看護としては、医療処置、健康のチェック、排泄の援助、清潔管理、などがあります。

現在、国では、介護保険のケア上の課題として、予防、リハビリテーションの充実、在宅生活を長期可能にするためのサービス体系の充実、痴呆性高齢者ケアのための新しいモデルの開発、サービスの質の確保などをあげています。

\* \* \* \* \*

世界で一番平均寿命が長い日本の国の中で、ここ長野県の平均寿命は2000年で男は78.85で日本一、女は85.74で第三位です。(表2) 老人人口が増えると医療費が上がると先程申しましたが、長野県にはこの原則が当てはまりません。老人人口が多くしかも長寿であるのに、長野県の老人一人あたり医療費は、全国最低です。参考までに表に国保中央会発表の2003年7月の1人当たり月額医療費の高い県と低い県の金額を示しておきました。(表3) また、介護保険を使用する金額も低い方から数えて4番目です。

このような長野県の特徴に日本の医療関係者は大いに興味を持っています。今の段階で憶測出来る事は、長野県は昔から保健師活動に力を入れて来ており、しかも有能な保健師の数が多く、へき地や無医村にも保健師が入っているためではないかと考えられます。ちなみに、保健師の数は、人口 10 万当り国の平均が 29.0 であるのに対して、長野県は 49.5 です。(表 4) 参考迄に、表に医師、歯科医師、薬剤師などの比率も示しておきましたが、これらは何れも全国平均よりもやや少ない値を示しています。表 4 の右端に全国に 47 ある都道府県の中で、長野県が何番目に多いかの順位を示してあります。保健師は 4 番目ですが、医師は 37 番目です。

\* \* \* \* \*

長野県のこのような特徴を皆さんと共に研究していくことは興味ある事ではないかと思えますがいかがでしょうか。

さて、次に日本の看護教育の現状に少し触れておきたいと思います。

表 5 に、1970 年から 2001 年までの日本における教育課程別 1 学年定員数の推移を示しました。1) 4 年制大学 2) 3 年制短大 3) 3 年制専修学校 4) 進学課程です。看護師になるためには日本では、法律によって 3 年以上の教育が必要です。表を見ますと、1970 年では准看護師の数が最も多くなっています。1980 年頃からは、看護師の定員数が准看護師の定員数を上回っています。つまり、20 年以上前から看護師の定員数が准看護師の定員数を上回っていることとなります。1999 年には 4 年制大学の入学定員が短大の入学定員より多くなりました。

日本では、1970 年には大学制度の看護教育が 2 校しかなかったのですが、表 5 に見られますように、1992 年から急増しています。本校は 1995 年に作られました。何故急増したのかについては、国が政策として大学を作る事にしたこと、そのために、本学のような県立大学は、県の債券を発行してよい事になったため、県立看護大学は比較的金が掛けられ、どの県もほぼ国立よりも立派な施設設備を持ったものを作りました。表 6 に示しますように、現在国立大学看護学部、学科は 42 校、県立 34 校、私立 31 校の合計 107 校です。大学院を有している大学の数も表に示しました。大学院修士課程を有する大学は、国立 26、公立 23、私立 14 校の 63 校です。博士課程迄持つのは、国立 9、公立 5、私立 5 校の 19 校です。ちなみに本学は博士課程まで有しています。

大学教育における問題は種々ありますが、大きな問題としては、大学が急増したため資格のある看護学の教授が大変不足していることです。しかし、あと 10 年もすればこの問題は解消するであろうと思っています。

もう一つの問題は、修士課程で、各種専門看護師 (Certified Nurse Specialist) の資格を希望すれば取れる大学があるのですが、この資格は看護大学の集まりである看護系大学協議会 (Japan Association of Nursing Programs in University) と、日本看護協会 (Japanese Nursing Association) との協議によって作られたものであり、国が認める資格になっていないという問題です。しかし、看護師達が Self Regulation としてこのような資格を作っているというのは、とても意義のある事と思います。この資格を持つ人は、まだ 30 名足らずです。修士号を持っていない看護師で経験のある程度積んだ看護師は、日本看護協会での半年の講習を受け試験に合格することによって認定看護師 (Certified

Nurse) の称号が得られます。この数は、2003 年7月現在で 998 名です。この資格も公認されたものではありません。しかし、これらの二つの資格ともいずれは公に認められる資格となるようにすべきですし、なると思います。

日本では、看護師が総べて大学卒業生になるには未だ年数を要すると思いますが、その日は必ず来ると信じています。また、現在看護師の医行為の拡大が議論されており、なかなか困難ではありますが、看護師達は少しでも拡大しようとしています。力のある看護師が増えて来ておりますので、私は日本の看護の将来を明るく展望しております。



## ワークショップ

グループと開催場所  
ガイドライン  
グループ別参加者リスト  
グループ報告

## グループと開催場所

グループ	場所
グループ 1: 看護教育	演習室 3 (教育研究棟 2 階)
グループ 2: 看護倫理	演習室 4 (教育研究棟 3 階)
グループ 3: 慢性病の看護	自習室 1 (教育研究棟 3 階)
グループ 4: 看護政策・管理	自習室 2 (教育研究棟 3 階)
グループ 5: 高齢者ケア	小講義室 1 (教育研究棟 1 階)
グループ 6: 女性の健康	小講義室 2 (教育研究棟 1 階)
グループ 7: コミュニティーの看護	小講義室 3 (教育研究棟 2 階)
グループ 8: 小児看護	演習室 1 (教育研究棟 2 階)
グループ 9: 病院における急性期看護	演習室 2 (教育研究棟 2 階)

場所	グループ
[教育研究棟 1 階]	
小講義室 1	グループ 5: 高齢者ケア
小講義室 2	グループ 6: 女性の健康
[教育研究棟 2 階]	
小講義室 3	グループ 7: コミュニティーの看護
演習室 1	グループ 8: 小児看護
演習室 2	グループ 9: 病院における急性期看護
演習室 3	グループ 1: 看護教育
[教育研究棟 3 階]	
演習室 4	グループ 2: 看護倫理
自習室 1	グループ 3: 慢性病の看護
自習室 2	グループ 4: 看護政策・管理

## ガイドライン

### 1. ディスカッション・グループの構成

各グループには、学内および学外の日本人研究者、学内の助手、学内の大学院生、海外からの参加者が含まれるようにしました。なるべく各人の研究分野に合うように割り当てましたが、英語を話す人を各グループに振り分ける必要から、人によっては研究分野と違うグループに割り当てざるを得なかった場合もあります。ご了承下さい。

### 2. 目標（具体的な共同研究プロジェクトプランの構築）までのステップ

1. 研究課題の構築。
2. 具体的な研究方法の確立。
3. 財源確保について。
4. 参加者の中から、各国別の中心的研究者の確定。
5. 共同研究過程における連絡網・通信網の構築。

### 3. グループリーダーのためのガイドライン

グループリーダーには次のような役割があります。

1. グループでの討論に参加者全員が参加するように活発に働きかける。
2. 参加者全員が平等に発言の機会を持つようにし、特定の人ばかり話すことのないように注意を払う。
3. 黙っている人が、自分の意見をのべられるよう勇気づける。
4. あらゆる考えが取り上げられて、論議され、報告されるように注意を払う。
5. 協同を目指したアイデアが最終的にまとまるように導く。
6. もし実現可能な協力プロジェクトが出てきたら、今後さらに連絡と話し合いを続けられるように、各国の誰にどのような方法で連絡を取ればよいかをはっきりさせることにより、計画の進展を図る。

### 4. 参加者のためのガイドライン

特別の任務を割り当てられていないグループ参加者には、次のような役割があります。

1. 事前にディスカッションのためのアイデアを十分に練っておく。
2. 常にできる限り積極的にディスカッションに加わる。
3. これはブレインストーミングで、どんな意見でも、何らかの利点があるので、臆することなく自由にアイデアを発表する。
4. 討論の結果、共同プロジェクトのアイデアが生まれたら、その実現に進んで取り組む。

### 5. オブザーバーのためのガイドライン

オブザーバーには、次のような役割があります。

1. グループで討論されている内容によく耳を傾け、その内容を吟味し評価する。

2. ノートを取り、そこで観察されないようを学習経験として評価する。
3. 会議終了後、将来的に実施されるプロジェクトの内容改善へのサジェスションを行う
4. 討論中のコメントは手を挙げてリーダーから発言の許可があるまで待つ。

## グループ報告

### グループ1：看護教育

看護教育グループは国外から3名、日本の各大学から7名、オブザーバーとして7名の研究者が参加し討議が行われた。非常に実り多く楽しい時間であった。また記録や発表物の作成については大学院生やNCNスタッフの協力があり、会議は順調に進んだ。

まず始めに、タイ、シンガポール、モンゴルおよび日本の各研究者から、今抱えている問題や課題が提起されそれについて討議した。そこで提出されたテーマは以下の12項目である。

#### 問題や課題

1. 助産師の教育
2. 臨床看護教育の方法とスキル
3. 学生に対する教員の割合
4. 社会人入学の大学院生への教育：社会の変化に対応するために
5. クリティカルシンキングに関する教育能力のある教員の育成
6. 大学と病院の連携：継続教育や変革期にある現代に対応した学生の看護実践能力を高めるための教育
7. 新しい世代への教育方法
8. 看護倫理教育とそれを教育できる教員の養成
9. 国際交流プログラム
10. アジア地域に特有なケアリングとは何か
11. 看護領域と看護以外の領域との連携
12. 看護教育に入学する年齢

その後これらの12項目に共通するテーマとして「看護学士教育課程における教員の臨床看護教育能力の向上・発展」を選んだ。そしてこのテーマにそって研究計画書が作成された。その内容は以下の通りである。

#### テーマ

看護学士教育課程における教員の臨床看護教育能力の向上・発展

#### 目的

教員の臨床教育能力を高める

#### 操作的定義

1. 臨床能力とは、地識、態度や倫理性、技術をさす
2. 臨床教育能力とは教育方法、クリティカルシンキング、自己学習能力をさす

## 本研究の意義

現在の看護教育は以下のような問題を持っている。

1. 看護大学数が急速に増加しつつある現在、多くの経験未熟な教員がいること
2. 多くの教員はかなり以前に臨床実践から離れ、現在は実践を行っていないこと
3. 医学技術、学習技術等の新しい技術、教育、ヘルスケアシステム、看護師の役割等において、現在変革の時であること

したがって本研究により、看護教員の臨床看護教育能力の現状、および看護教員の臨床看護教育能力として何が求められているかが明らかになり、さらに新しい時代に向けて教員の臨床看護教育能力を高めための戦略を提言できる。

## 研究の第1段階

本研究は記述的研究である。

1. 第1に質問紙を用い、教員の臨床能力についての現状を明らかにする
2. ついで半構成的インタビュー法により、教員に期待されているものについて明らかにする

## 研究の第2段階

これは第1段階に依る。たとえばモデルの開発等が考えられる。

## 対象

この研究集会に参加している14ヶ国の研究者および教員

## 方法

方法としては以下の5方法がある

1. 自己評価
2. 観察
3. ナースからの評価
4. クライアントやクライアントの家族からの評価
5. 同僚による評価

## 研究費

1. 文部科学省（日本）
2. 厚生省の看護研究資金（シンガポール）
3. 厚生労働省・国際医療センター（日本）
4. 看護協会（タイ）
5. WHO
6. WPRO

## 研究代表者

1. 田代順子（聖路加看護大学教授）
2. 草間朋子（大分県立看護科学大学学長）
3. 唐澤由美子（長野県看護大学助教授）

研究の実施と意見の交換には e-mail を用いる

#### 研究期間

2003 年 11 月から 2004 年 1 月：文献検討

2004 年 2 月から 2004 年 4 月：質問紙およびインタビューガイドの作成 参加各国からの情報を収集し、必要に応じて修正する

2004 年 5 月から 2004 年 8 月：パイロットスタディを行いそれにそって研究方法の修正.

#### 研究計画書の作成

2004 年 9 月から 2004 年 12 月：本調査\_データ収集, 分析, 報告書の作成

(池田紀子・長野県看護大学)

### グループ 2：看護倫理

第 1 日目は、ブレインストーミング用の白板、マジック、紙の用意された小部屋に入って「ロ」の字形に座り、まず、名前、所属、国名だけの短い自己紹介をした。続いて、各人が関心をもっている日常の看護業務における倫理的問題についてブレインストーミングし、それを紙に書き、白板に貼り、みんなで共有した。それらを、共同研究の視点で、1) 特定の具体的問題、2)概念的トピック、および3)文化に関係するトピックに分類した。

議論を整理していく過程で、倫理を構成する 3 つの次元、情理法という中国の考え方が紹介され、看護師の職業上の責任はこの 3 つの全次元に関係する、ということを確認した。

第 2 日目は、共同研究を具体的に立案することを目標に、前日の話し合いを、次の 4 つに整理した。1) 看護、2)患者、3) 社会の人々、4) 他の保健医療職種。それぞれについて更に議論する中から、「患者はよい看護師をどのようにとらえているか」というテーマが現われた。

このテーマをめぐって次のような意見がだされた。

- ・ 文化的価値観、「情・理・法」の 3 側面、末期ケアの問題、あるいは看護師の責任など、昨日出しあった問題は全て、この研究に統合される
- ・ 国際比較ができる。
- ・ テーマは倫理的な理想像としての「よい看護師」（「よい看護」ではない）。
- ・ 患者から出てくるよい看護師イメージはあまり高レベルのものではない可能性がある。なので、サンプルの選択をよく考える必要がある。
- ・ がん患者のように、深刻な病気の軌跡を歩む中で長時間にわたり看護師からケアを受けた経験を持つ人は、よい看護師あるいはよくない看護師について、きちんと意

見を語ってくれるのではないか。

看護倫理グループが立案した協同研究プロジェクトは以下の通りである。

#### タイトル:

患者からみた「よい看護師」に関する記述的研究: 国際比較

#### 研究計画

第1段階: 文献検討による「よい看護師」の概念分析とインタビューガイド作成

第2段階: 患者に対する半構成的インタビュー。国際比較のため、患者は都市にある200床以上の病院で治療中の、40-60才代のがん患者で告知を受けた者とする。

第3段階: 多数の患者集団に対する質問紙調査

研究助成: それぞれが時刻に持ち帰ってこの研究の参加を募り、できるだけ早期に、研究助成に応募する。

#### 今後の研究プロジェクトリーダー

Samantha Pang(香港)

小西恵美子(日本)

#### 連絡方法

当面は主に e-mail, 今後はホームページも考える。

#### その後のレポート

この研究プロジェクトは、「2004年度日本学術振興会日韓協力事業共同研究」と「財団法人日中医学協会2004年度共同研究」の2つの助成を申請中である。

この研究は、他のアジア諸国や欧米でもデータ収集を行う計画があり、他文化間比較研究に発展する可能性がある。

(小西恵美子・長野県看護大学)

### グループ3: 慢性病の看護

グループ3では、まず、お互い手をつないで輪となり、はじめにリーダーが唱えた Magic Words を全員で繰り返し唱えるところから始まった。その言葉とは、“I can respect you. You can respect me. I can help you. You can help me. So, we can be the best friends with partnership. (私はあなたを尊重できます。あなたは私を尊重できます。私はあなたを助けることができます。あなたは私を助けることができます。だから、私たちは最高の友人であり、パートナーシップを有しているのです)” というものだ。グループは14



名の日本人と 2 名のアメリカ人で構成されており、それぞれの文化や専門領域は異なる。そのためお互いの価値観を尊重しつつ、協力し合いながら意見交換ができるようにという願いを Magic Words に込めたのであった。

Magic Words のお陰で雰囲気が和らいだなか、各メンバーが自己紹介を兼ねながら研究についての関心を話した。グループに与えられたテーマ自体が広範囲に及ぶものだったこともあり、透析を受ける患者や糖尿病、精神疾患をもつ患者と家族の看護など、参加者の関心もさまざまであった。またアメリカ人の参加者からは、日本の看護とその倫理についての関心が示され、アメリカの研究者が日本の看護の知識を必要としていることが印象的だった。

次に各メンバーが発表した研究についての関心をもとにブレインストーミングを行い、思いつくだけのキーワードをカードに記入し、壁に貼り付ける作業を行った。カードに示された言葉は、患者の「セルフケア」や「行動変容」に関すること、慢性疾患を持つ患者の「生活の質」やその「疾患の意味」、「地域における精神疾患を持つ患者や家族へのサポート」、「HIV 感染者の看護」、さらには「援助する側の精神的負担」にいたるまで多岐に渡った。

そして話し合いをしながら似た内容の意味ごとにカードを分類し、もう一度カードを貼りなおす作業を進めていった。今回のワークショップの目的は共同研究の可能性を探ることにあり、研究テーマを絞るプロセスでは、メンバーの研究テーマに対する情熱、実現可能かどうか、このテーマをもとに次の研究へと広げていくことが可能かどうか、研究費を獲得することは可能かどうか、以上の 4 点について考慮しながら話し合いが進められた。初日のグループワークは、このような話し合いと作業を重ね、メンバーから提示された研究についての関心をおおまかに分類して終了となった。

翌日は最終的なテーマを絞るにあたり、各メンバーから、昨日の話し合いをふまえて意見を述べてもらうところからスタートした。多くのメンバーが「セルフケア」に関心を示す一方で、話し合いを進めるためにはもっと具体的なテーマに焦点を当てた方がいいのではないかという意見も出され、更に議論を続けるなかでグループの中にある大きな疑問が浮かんできた。それは、「セルフケア」の考え方は西洋文化圏のアメリカで生まれた理論であるが、その概念や意味は文化によって異なるのではないか、例えば日本における「セルフケア」のセルフとは誰を指しているのか。また、この考えが本当に日本をはじめとする他のアジアの国の文化に適応するものなのかどうかといった疑問である。そして以上のような話し合いを通し、3 グループでは以下のような結論に至った。

## 研究テーマ

「看護師（日本・台湾・韓国・中国・アメリカなど可能な限りの多文化）からみた慢性疾患をもつ患者にとってのセルフケアの意味

From the (Japanese, Taiwanese, Korean, Chinese, American, etc) nurses' perspectives, what is the meaning of self-care for people with chronic illnesses?) 」とし、将来的に異文化間での比較を行う。

## 研究方法

量的研究と質的研究の両方からその可能性を探り議論し、結果的にさまざまな領域の看護師に、自分が体験した印象深いセルフケアの例を「ストーリー (story)」として記述してもらい、それを集める方法とする。そして集めたもののなかから各国のセルフケアの要素を抽出し、看護師が考えているセルフケア像を描いていく。

## 共同研究のリーダー

リーダーは田村正枝（長野県看護大学）が務め、E-mail を通してグループ・メンバーが連絡を取り合い、また協力し合うことを確認した。

今回のグループワークは限られた時間ではあったが、専門領域を越えた新たな研究者との出会い、話し合いを重ねることで得られる気づきとその楽しさを体験することができた。そしてアメリカ人研究者との議論から、日本の看護の知識を世界へ向けて発信していくことの必要性を強く感じた2日間であった。

(松崎緑・長野県看護大学)

## グループ4：看護政策・看護管理

議論された内容について、討論の流れがわかるように3回にわたって行われたセッションについて時間を追って報告する。

### 第1セッション

最初のセッションでは自己紹介の後、メンバー間で、国際研究事業においてどのようなトピックを取り上げたいかに関する意見交換を行った。以下、各国の状況や課題等について発言順に紹介する。

参加者	国/所属	優先課題/研究質問
L. Uayan	フィリピン	人的資源の開発およびマネジメント ・ 看護師人材不足 ・ 看護職の質 ・ 人口構造の変化に関連した医療提供のありかた ・ 政策立案に看護職があまりかかわっていないこと
R. Zhou	中国	看護師不足（人口1000対1人の割合） ・ 看護人的資源の効率的なマネジメント方法 ・ 法律や制度による看護職の安全の確保の方法 ・ グローバル化に対応した看護法の標準化の方法
N. Katada	日本	看護ケアの質の保証 ・ 看護ケアを評価し安全な資源配置に資する質的・量的指標の策定 ・ 人々が安全なケアを受けられると確信できる環境の推進
F. Ozaki	日本	看護経営と看護管理 ・ 看護分野における管理、経営、マネジメントに関する研究
T. Amemiya	日本	離職等による看護師不足 ・ 看護師が燃え尽きる理由

		<ul style="list-style-type: none"> <li>看護管理者によるスタッフ支援の方法</li> </ul>
J. Maeda	日本	看護分野における人的資源の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>各国間の看護を理解するための共通データベースの構築</li> </ul>
K. Fritsch	WHO/WPRO	看護分野における人材開発 <ul style="list-style-type: none"> <li>リクルーティングと定着</li> <li>看護労働力に関する測定ツールや意思決定に資するデータベースおよびガイドラインの開発研究</li> <li>看護の学問と実践の水準を高めるための研究</li> </ul>
Observers	日本	看護と喫煙 <ul style="list-style-type: none"> <li>喫煙の結果について教えられていること Nurses smoking without practicing and role-modeling what they are taught re the consequences of smoking</li> </ul>

データベース構築に関しては、目的や趣旨はもとより、このようなデータベースの構築に伴う複雑さや困難さも考慮する必要性が議論された。一例として、ICN（国際看護師協会）の直面している標準化された看護の定義の欠如など、データ収集において遭遇する問題についても言及された。WHO や ILO も同様の問題に直面しているとの報告がなされた。WHO 西太平洋地域事務局看護担当アドバイザーの Fritsch 氏は WPRO の人的資源に関するデータベースを紹介し、データを解釈する上での困難について言及した。

つぎに、健全なライフスタイルに関する関心と、中国で SARS 後の看護婦の間で喫煙、アルコール消費が増加したという非公式の報告も含め、喫煙問題に関して議論がなされた。

各自が重点研究課題を紙に書き、それらをもとに、優先課題をマッピングし、最終的に次の4つの分野に集約された。

#### 1. 看護分野における人的資源開発

(ア) 看護師のための国際データベース

(イ) 看護師不足

(ウ) 保健医療職の評価：コストおよび看護の質

(エ) 求人と定着

(オ) 効果的な看護人的資源のマネジメント

(カ) 看護労働力のデータベースとガイドラインを含む意思決定のためのツール開発

#### 2. 臨床における標準と安全

(ア) 実践と学問における看護の標準に関する調査

(イ) 安全なケアの提供

(ウ) 量的、質的な看護の測定指標や基準

(エ) 看護法と政治

(オ) 感染担当看護師の支援体制

#### 3. 看護師と喫煙

#### 4. 政策立案と管理

(ア) 看護師の政策立案への参加が不十分

(イ) 人口構造の変化に関連した医療提供のありかた

(ウ) 看護管理と経営

この4つのトピックの中で、共同研究事業として最も優先順位が高いと思われるものを投票し、最も多い投票数を得た「看護分野における人的資源開発」が Group 4 の中心テ

ーマとして合意された。

さらに議論を進めた結果、国際比較のためのデータベース構築を推進するというグループ内の合意が得られた。翌日の第 2 セッションでさらに掘り下げて議論するために、データベース構築の目的と課題を各人が考えてくるという宿題が課せられた。

## 第 2 セッション

このセッションでは、看護人的資源開発データベース研究事業に関する目的や課題について議論がなされた。主な論点は次の通り。

### ターゲット集団について

対象集団を特定した方がアクセスは容易であることから、ターゲット集団は看護管理者としてはどうであろうか。ただし、看護管理者がどのような人を指すのかについても各国共通に使用できる定義が必要である。

### 焦点を絞る

病院の看護管理と組織に内在する意思決定に関する問題点およびその構造という視座に絞ってはどうか

### 絞り込みの必要性

看護管理者は経理・経営について考え、これらの問題に対して議論し、管理していく力が必要である。

### 法的な規制の整理

看護管理者の機能は、スタッフの人員配置など、法律によるところが大きい。したがって、看護の人的資源について掘り下げるのであれば、法律や規制に関する情報は必須である。カリフォルニア州では人員配置に関する法律がある。中国では、そのような法律はないが、保健省が通達している。フィリピンでは施設ごとに決めているということである。つまり、人員配置基準ひとつをとっても、マクロレベルでの法律から、ミクロレベルでの施設の基準まで一様ではない実情がある。また、開発途上国と先進国とではおのずと最適人員に違いがあることが予測され、各国に普遍的な人員配置基準を決めることは困難と思われる。

### データベース構築の意義

データベースの構築によって研究のプロセスと情報の伝播が容易になるという意義がある。したがって、このようなネットワークには看護管理者の参加が相応しいと思われる。看護診断と同様、データや概念、知識などを異なる国々の看護師どうしで共有することが可能となるのではないか。

### 国を超えた看護人的資源の流通

海外の看護師の受け入れに関する法律および自国の看護師が海外で働く場合の法規制に関

して整理する必要がある。

### 対象範囲

病院のみならず，地域などに対象を広げてもよいのではないか。国によって教育背景や教育カリキュラムが異なることを考えても，対象を幅広くとることは必要と考える。

### 各国の保健医療にかかわる指標

たとえば，助産師の人的資源の配置を考える際に，乳児死亡率などの人口学的指標は外せないため，国にかかわるデータも入力できるようにする必要がある。

### 看護教育機関の視点

今後，看護人材センターのようなものが必要になってくることを考慮すると，看護教育機関と緊密に連携しながら運営される必要があると考えられる。したがって，看護教育機関も看護人的資源の意思決定プロセスもしくは情報共有プロセスに組み込まれるべきだと考える。

## 第3セッション

このセッションでは，上述の議論を踏まえて，今後の共同研究事業においてどのような優先順位でデータベースを構築するかというロードマップが示され，具体的な研究計画についてメンバーの合意を得た。

1. 看護管理者データベース
2. 看護の機能に関するデータベース
3. 看護の人員配置に関する法律，制度
4. 各国の健康指標に関するデータベース
5. 海外からの看護師受け入れに関するポリシー
6. 地域と施設の医療専門職の協働に関するプロジェクト

ロードマップの第1段階にある「1. 看護管理者データベース」に関する具体的な研究計画が策定された。以下，その概要を紹介し，本章の締めくくりとしたい。

### 研究目的

看護管理者データベース構築の目的は，看護人的資源の効率的な活用を推進することである。ここで言う看護管理者とは，国もしくは州レベルの看護行政官（日本で言う厚生労働省健康政策局看護課）から，病院において看護スタッフを配置する権限のある人（日本で言う看護部長，看護総師長）が含まれる。本データベースの対象集団は上記看護管理者であり，データ提供をするとともに，本データベースによって導かれた情報の利用者でもある。収集されるデータは次の通り。

- ・ 看護の役職とスタッフの数がどのように決められているのか。
  - 法律等によって決められているのであれば，その根拠と算出方法。
  - 看護の役職の数を定めている法令等は存在するかどうか。

- ・ 看護業務基準と役割
- ・ 資格の種類（管理，教育に必要な資格も含む）
- ・ 看護管理者になるための認可制度，試験などの手続き
- ・ 継続教育の有無
- ・ 日本で言う厚生労働省，都道府県衛生部，施設における看護セクションの位置づけ
- ・ 看護管理者が握る予算管理の権限の有無，程度．（病院の中での位置づけ．たとえば，誰が何を管理しているのか）．
- ・ 看護管理者は誰かを雇ったり解雇したりする権限があるか．
- ・ 看護管理者はキャリア開発や昇任に関して権限があるか．
- ・ 病院や行政の方針決定に関して権限を持っているか．
- ・ 看護政策決定に関して権限を持っているか．
- ・ リサーチへのかかわりとそのかかわり方（自ら進んで行うのか，誰かのスーパービジョンの下に行うのか）．
- ・ 人口統計学的データ
  - 年齢
  - 性別
  - 勤務地の設置主体
  - 教育背景
- ・ 病院の規模，看護スタッフの人数，関連職種の人数，給与水準

## 研究方法

次にあげる手順に従う．

1. データベースの仕様の決定：デザイン，枠組み，変数の策定—ただし，対象者のコンピュータ利用の程度による．
2. データ収集—手書きの調査用紙による回答とともにコンピュータによる入力の両方を考える．
3. データ分析および，集計．

## 利用可能な助成

WHO，ICN，政府，看護協会，シグマシータタウ，寄付金等による基金の創設，JIC．

## 国際会議閉会後の連絡係と連絡方法

連絡係は前田樹海（長野県看護大学）．連絡方法は参加者のみが利用できるメーリングリストを使用する．

## タイムスケジュール

- ・ 可及的速やかに助成金獲得のための研究計画書の作成を行う．
- ・ 2004年2月14日までにメンバーによる研究計画書の閲覧
- ・ 2004年3月14日までに計画書を提出
- ・ 調査票の開発

（前田樹海・長野県看護大学）

## グループ5：高齢者ケア

### 1. ブレーンストーミング

グループ参加者とオブザーバーのためのガイドラインの説明，自己紹介（名前，所属，研究分野，関心のある分野），メンバーの名刺交換ののち，ブレーンストーミング法によって議論を開始した。

初めに，各メンバーの興味のあることについて情報交換をし，次の4分野を見出した。それらは，介入，研究の目的，老年看護の問題，対象者が含まれている。

#### 介入

ヘルスプロモーションプログラム

運動療法

回想法，ライフレビュー

自然災害時のサポートシステム

芸術療法，園芸療法，メモリートレーニング

#### 研究目的

高齢者のQOLの改善

高齢者の記憶の向上

痴呆の進行を遅らせる

コミュニケーションを促進させる

日常的な健康を促進させる

#### 問題

議論の結果，在宅での高齢者ケアの方法に国際的な違いがあることがわかった。それは，介護者の負担感である。女性の介護者は，日本では非常に大きな負担感を持つ傾向にあるが，中国，シンガポール，香港ではそうではない。なぜなら，日本では女性が在宅ケアを一手に背負うが，他の国ではそうではなく，すべての家族成員が，ケアを担っている。

老年看護ではそのほか，以下の内容を含む多くの問題があることが議論された。①環境移行によるストレス（社会的規範によるものや偏見も含む），②倫理（臓器提供者，受領者について），③睡眠の問題，④ターミナルケア，終末期，⑤高齢者の悲嘆のプロセス（配偶者との死別），⑥看護の社会的地位とイメージを変えるための教育，⑦スピリチャリティ（霊性）。

#### 対象者

痴呆（在宅ケア，施設ケア）

抑うつ

健康な人々の自殺

介護者

## 2. 国際的なグループでの研究テーマの決め方の確認

国際グループ研究の以下の重要なポイントについて情報提供された。

- ・ 研究テーマは可能なものであるか
- ・ 対象者は誰か、それは可能か
- ・ 効果的な介入であるか
- ・ 根拠のある実践かどうか
- ・ 尺度は信頼性と妥当性が確認されていることが必要である。
- ・ 研究方法は各国で、倫理的、法的に実施可能か。

## 3. 研究テーマの提案

- ・ 痴呆を異なる文化の中で特定する必要がある。現在の痴呆ケアは、各国の価値観によってケアをしているので、これを比較することによって、研究の正当性を比較することはできるだろう
- ・ 尺度の開発は重要である。様々な尺度はすぐに改編されてしまうので、メタアナリシス研究をしようとしても比較することは十分にできない。文化間で共通の尺度を作成することが必要であろう。
- ・ 回想法は同じようなプロトコルで実践できるので、比較しやすい。
- ・ 研究する前に、定義の明確化が必要ではないのか。（例えば、健康な加齢、サクセスフルエイジング、QOL、スピリチャリティ）概念分析が必要ではないのか。
- ・ そういった概念分析は、ステレオタイプ化にもつながることになりかねない。また、概念分析は、必要な結果を出していく上でどのような意義があるのかということが国際的な研究では議論になりやすい。

## 5. 最終的な研究のアウトライン

議論より、研究のアウトラインを以下のようにまとめることできた。

### テーマ

在宅で痴呆性高齢者を介護する介護者の必要性と関心

### 問題

- ・ 在宅の痴呆性高齢者の介護者はどのような必要性や関心があるのか
- ・ これらの必要性と関心にどのように取り組むことができるか
- ・ これらの介護者が活用できる社会的サービスにはどんな形態があるだろうか
- ・ これらのサービスの利用をどのように介護者は知るようになるだろうか。
- ・ これらのサービス利用に、介護者の判断のどのような要因が影響を与えるのだろうか。
- ・ サービス提供者は、サービスの効果に気づいているだろうか。もし、そうなら、これらのサービスをどのように評価するだろうか。



## 操作的定義

痴呆— ICD10あるいはDSM4の診断基準に従う。

介護者—少なくとも1日4時間最大2時間は高齢者の介護を担っている家族介護者  
必要性や関心—身体的、心理的、社会的、経済的、スピリチャリティ

## 調査母集団とサンプル

対象者—老年性痴呆と診断された人々

調査可能な対象者—以下の診断基準に適合した高齢者

Mini mental test

ADL score

在宅

老年性痴呆の証拠がある

65歳以上

サンプルサイズは、人口学的な変数に基づいて判断する

## 方法論

デザイン—非実験的な、調査方法

## 方法

1. 質的研究 「アジアの介護者の必要性と関心尺度」についての項目を作成するためのフォーカスグループインタビュー。項目は、信頼性と妥当性を確認する予定。探索的な因子分析を主な領域を定めるために行う予定。
2. 量的研究 質問紙をより発展させる

## 利用可能な研究資金

研究参加者個人の所属から

老年学に関連した職業的な協会（国単位のあるいは国際的な）。

健康産業や薬品会社。例えば、「ブランドチキンエッセンス（日本でいう「味の素」）などいくつかの施設における研究奨学資金

## 会議後の計画を実行するキーパーソン

各国に一人、その人は、同僚の仕事に関連したり、コーディネートする責任を果たす。

Chooi Fong Long（シンガポール）

奥野茂代（日本）

Myung-Ok Lee（韓国）

Thomas K. S. Wong（香港）

タイ、インドネシア、台湾、ベトナム、カンボジア、サモア、モンゴル、中国から選ばれた代表者

## ネットワークやコミュニケーションの計画

コミュニケーションすべき重要なメッセージ：

- ・ 研究協力者のアウトラインの理解を備忘録に残すこと（例， I P， 知識， 著作など）
- ・ 可能な研究資金を確認すること
- ・ 諸機関における主な調査者を確認すること：キーパーソンは， 主な調査者か調査協力者になる
- ・ 申し込みを収集する（標準的なものと特定のなもの）
- ・ 進行のキーパーソンに， 要請， 実行， 直面した問題， なされた修正についての情報を提供する
- ・ 原稿やアブストラクトを含んだ出版物については， すべての人に情報提供すること
- ・ 学会の情報提供をすること

## コミュニケーションのスケジュール

- ・ email を通じて， 一月に一回おこなう
- ・ 主な調査者， 調査協力者は， 研究計画の前とデータ分析の前に合い， 議論すること
- ・ すべての人に進行状況と個人状況を情報提供するためのミニニュースレター—学術的な意味と社会的な目的のために

(志村ゆず・長野県看護大学)

## グループ6：女性の健康

第6グループは「女性の健康」をメインにしたグループワークを行った。参加者は4か国17名であった。主な参加者は次のとおりであった。

まず，自己紹介を兼ねそれぞれの研究テーマあるいは関心領域についての紹介からグループワークを開始した。はじめにグループのリーダーである台湾の Yu-Mei (Yu) Chao は，これまでに行ってきた質的，量的研究のそれぞれについて説明を行った。質的研究では母親となる過程の認識について研究がおこなわれ，量的研究では内容分析を用いた手法が紹介された。続いて長野県看護大学の Anita L. Fisher からは日本人の骨粗しょう症に関する研究が紹介された。来日当初から日本人女性の曲背が気になり，欧米女性には見られない骨粗しょう症の形態をライフスタイルの面から検討するというものであった。

Ou Saroeun は，カンボジアでの Women's Health の現状，女性医療の中でも特に母性のケアについて紹介を受けた。現在カンボジアでは JICA，UNICEF の協力を受けて，女性医療をどのように行っていくかについての研究がスタートしているそうである。日本人の研究者からも様々な「女性の健康」に関する研究が報告された。長野県看護大学の吉沢豊予子教授からは，現在オーストラリアのクィーンズランド工科大学と共同で行われている中高年女性のライフスタイルに関する研究成果が報告された。この中では，日本人女性の更年期症状の欧米化が進んできているなどといった新しい知見が発表された。佐伯由香教授（長野県看護大学）からは自律神経機能と女性ホルモンとの関係についての研究成果が，信州大学の久保功子教授からは，現在取り組んでいる産褥期のうつ症状に関する

る質的研究について発表が行われた。新潟大学の丹野かほる教授からは、中東から東南アジアにかけての女性の健康の現状についてフィールドワークを基にした興味深い発表が行われた。

次の段階ではこれらの様々な発表を発展的に話し合い、共同研究の可能性についてディスカッションを行った。それぞれの関心領域に発表に続き、共同研究に向けての討議を開始した。この中では更年期のライフスタイルに関する研究、痛みやメンタルヘルスに対する文化的な相違についての研究などが話題として話されていた。しかし、文化的比較を行う上では各国間の国状の相違が大きく影響してしまうことが問題となった。例えばカンボジアにおける平均閉経年齢は 38 歳であり、平均寿命に至っては 55 歳と日本や台湾とは状況が異なっていた。また、アジアにおいては依然として 1 日あたり 800 人以上が出産に伴い死亡するという現状も存在しており、出産前後のケアの浸透度や、そのケアの質についても検討が必要だという話題も持ち上がってきた。また、出産については家族計画についての社会文化的な検討や意思決定方法などの様々な要因が絡み合い状況が複雑化している。このような問題提起から議論は混沌とし行き詰まりをみせた。そこで 2 日目はもう一度原点に戻り、共同研究することの必要性を討議することから開始した。その結果次の 5 つの目的を導き出した。

1. Improve research methods. (研究方法の改善)
2. Cross-cultural studies have large political impact for the health systems, nursing& patients. (異文化研究はヘルスシステム、看護、患者にとって大きな政治的インパクトを有する)
3. Influence policy development sensitive to women's issues. (女性問題に反応する政治的発展に影響を与える)
4. Health promotion for Asian Women. (アジアの女性のための健康増進)
5. Women's health through "the eyes of women." (「女性の目」を通した女性の健康)

この目的を考えながら、共同研究としての互いの関心領域について討議することとなり、結果として 4 つの収束した項目が提案された。ここでは先に問題となった国別の状況を廃し、普遍的な女性の健康に対するケアを取り扱うこととした。

1. アジア人女性の更年期症状について
2. ライフスタイルに関連した閉経周辺期の症状について
3. Women's Care に対する女性の満足について
4. アジア人女性の意思決定について

これらの中から、今回はアジア人女性の意思決定に焦点をあて、アジア各国の女性が自分たちに対する一般的なケアについてどのように意思決定をしているかを明らかにすることを目的とした。なぜならアジアにおける女性の健康状態には大きな較差が存在し、女性が果たして自分の健康に関する意思決定をしているのかさえ不明である。また、意思決定をしていたとしても、そこには文化の影響も大きいいため、どのような意思決定をしているのかわからないためである。以上のことから、今回はこのテーマを設定した。なお、この共同研究では、吉沢豊予子教授をグループリーダーとし取り組んでいくことを決定した。

(跡上富美・長野県看護大学)

## グループ7：コミュニティの看護

グループ・メンバーの自己紹介をひとつおりに行った後、それぞれが「コミュニティの看護」に関連する研究関心事項を述べた。それらは、以下に示すとおり多様な側面からコミュニティの看護を追求しようとする11のテーマであった。参加者各々が研究関心事項を紹介することを通じて、互いの関心領域の理解のみならず「コミュニティの看護」として課題となっていることや各国の状況が活発に討議された。

### ① SARS,HIV/AIDS,TB 発生時の患者・家族に対する看護の役割について

どうやって SARS に備えるか。この冬もアジア地域で SARS が再燃することが予測されている。アジア各国の看護職が参集し今後の対策を話し合う必要があるのではないか。日本では、結核やO-157等感染症が発生したときには、保健師が活動を行う。HIV/AIDS に関しても同様である。

### ② セルフケア支援

どのようにして患者のセルフケア能力を測定するのかを追求したい。患者のセルフケア能力の向上は看護のゴールであるため、そのセルフケア能力を測定することは看護の評価を行うことになると考えられる。

### ③ 高齢者のケア

韓国では高齢化社会になり、その対策としてグループホームが増えてきている。文化に根ざした対応について検討したい。

### ④ 家族看護診断

家族を一つの単位としたケアを行う上で、看護職がその健康を判断する方法を開発する。家族という概念は国によって違う。韓国・インドネシア・日本の違いなども検討したい。

### ⑤ 教育と実践のセンターモデル

インドネシアではすでに実践されている。コミュニティセンターの中で、看護職の教育と、介護者の教育を行っている。

### ⑥ 家族、高齢者、の意思決定

高齢者がどのようなサービスを選択しているかという研究を行っている。調査結果から、多くの場合高齢者ではなく家族がその決定を行っている。インドネシアでは、妊産婦が病院に行く決定を家族が行うために妊産婦死亡率が高いという現状がある。

### ⑦ 疾病予防、ヘルスプロモーション

医療費の高騰を抑えるという側面からも、予防に向けての教育的はたらきかけが重要ではないか。また、病気になったら自分で対応できるようになるなどセルフケアも大切だと考

える。各国の状況も把握したいと考えている。

#### ⑧ ヘルスボランティアの育成

母子保健においてヘルスボランティアが有効に機能している国がある。各国、各地域においてヘルスボランティアを看護職がどのように活用できるかということを研究したい。日本では保健補導員等が地域で組織されその育成と活動に保健師が関わっている。

#### ⑨ 育児支援

日本では育児不安を持つ母親をどのように支えるかということが問題になってきている。看護職がどのように支援に関わることが出来るかということを追求したい。インドネシアではユニセフの支援を得て児童虐待支援システムを創っている。看護職を含む支援チームが活動を行っている。

#### ⑩ ユニークなケア（漢方薬やマッサージ、ツボ刺激など）を標準化する

各国の文化の中で伝統的・経験的に行われている健康行動を向上させる活動を標準化することにより、看護実践にまで引き上げる。

#### ⑪ 精神障害者に対する偏見について

精神障害者が在宅で生活する上で障壁となる偏見に対して看護職はどのようなはたらきかけを行うことが出来るか、ということを追求したい。

この11のテーマを整理したところ、以下に示すように5つに大きく分けることができた。

### I. 伝染性の疾患について

SARS,HIV/AIDS,TB 発生時の患者・家族に対する看護の役割について

### II. 患者・家族・障害者に対する看護援助方法について

患者・高齢者・家族の意思決定／家族看護診断／在宅支援制度／精神障害者に対する偏見

### III. ヘルスプロモーションと地域づくり

住民参加による地域づくりをどのように進めるか／健康行動と健康教育／特殊だけれど限定された地域で定着しているケアの標準化

### IV. 地域で働く看護職のための教育センターモデル：地域住民を巻き込んだ活動

これらについて、“看護の役割”を追求するのか、“各国の状況を比較”するのが議論になったが、まずはテーマを絞りその内容に適した目的を設けることとなる。

テーマを絞る際の基準は、「研究費の獲得の可能性」「すでに実施されているもの」「短期（1年以内）に結果が出せるもの」とし、この3つの基準の下に1つ1つについて検討を行った。その結果、以下のような研究計画が出来上がった。

## 研究テーマ

高齢者の在宅介護における家族の意思決定に影響を与える要因の各国間比較

## リサーチクエスション

- ・ 各国で高齢者の在宅介護における家族はどのような意思決定をしているのか.
- ・ 各国の高齢者の在宅介護を行う家族の意思決定に影響を与えている要因とは何か.

## 調査対象

家族と共に生活する 65 歳以上の要介護高齢者.

## 調査方法

50 組の高齢者と主介護者を家庭訪問し、それぞれに対し半構成的な面接調査を実施する.

## 研究費

研究計画が最終的に出来た後、各国（韓国・インドネシア・日本）のリーダーが各々いくつかの団体に対して研究費獲得のための申請を行う。そして、研究費を獲得した人が本研究の主任研究者となる。

## 研究推進に向けての動き

互いの連絡は E-mail による連絡を主とする。また、研究費獲得に向けての研究計画書作成等は、長野県看護大学が中心となってとりまとめる予定である。

(嶋澤順子・長野県看護大学)

## グループ 8 : 小児看護

### 1. ワークショップ 1 日目

まず、英語、日本語まじりの自己紹介を各参加者が行い、それぞれの関心領域や現在の研究テーマ等について説明し、質義応答を含め、1 時間ぐらいを費やした。共同研究の可能性に関するディスカッションでは、活発な意見交換や質疑応答が行われ、順次、ホワイトボードに課題や内容を書き留めていった。

### ワークショップ 2 日目

2 日目は、まず、現在、JICA の専門家派遣および研修員受け入れによる資金援助をうけて、日本とサモアで進行中の「小児のライフスタイルに関する共同研究」について、小児グループの参加国の台湾を含めた共同研究の可能性を検討した。

今回、出席された Li-Hua Lo 氏（台湾）自身は、小児がん看護が専門であり、直接この研究に着手するのは難しいようであるが、同じ大学の教員が、小児の糖尿病や生活習慣

病に関心が高く、博士の取得をめざして日本の大学に在籍中であることから、その人を中心に、来年には台湾での調査が可能ではないかということになった。

この研究は、対象年齢を 10～15 歳としており、サモアと日本のデータをまとめ、結果の分析を急いでいるところである。今後、考察を進め、質問紙の精選をすることや、子どもの対象年齢の拡大の必要性を検討することで、台湾での調査の準備をすること、また、調査内容を深めるために子どもへの面接などの方法を取り入れること、さらには、親や家族を含めた調査対象の拡大等の可能性などを考慮することで、次の段階へうつることができるのではないかとすることを合意した。

次に、Li-Hua Lo 氏が現在取り組んでいるプロジェクトの一部である、小児がんの子どものアセスメントツールを用いた、看護師が行う子どもの症状の観察に関する研究に、日本も参加することを求められた。現在台湾で進行中の研究構成では、症状の観察と QOL との関連をみようとしているとのことであるが、国際共同研究では、アセスメントツールのみで国際比較を行うという提案であった。この国際比較では、何を意図しているか、どのような研究の問いが成り立つか等に関して質疑がなされたものの、それらを明確にするには到らず、提案された国際共同研究に関しては、今後も引き続き、メール等で可能性を検討するというにとどまった。

最終的には、小児のライフスタイルに関する国際共同研究を実施することに決定し、以下のようにまとめて、全体会議に報告した。

## 研究課題

小児（10-18 歳）のライフスタイルに関する日本、サモア、台湾における国際比較研究：  
がんをもつ子どもの QOL

## 小児のライフスタイルの研究デザイン

研究デザイン：比較研究

方法：小児のライフスタイル質問紙の開発

サンプル：10-18 歳の小児

サンプル数は、その地域のある割合の小児（後日決定）

助成金の獲得：それぞれの国で検討する

国際共同研究に応募する

## 研究組織：主要研究員

日本：内田雅代，二宮啓子

サモア：Filisia Aiavao

台湾：Li-Hua Lo

今後の討議の方法として、早急に参加者のメーリングリストを作成し、メール上での検討を進めることになり、この国際集会終了後作成された。

参加者全員が、お互いの意図を理解し、質疑応答に関しては双方向的に、また、課題に

どのように取り組んでいくかに関してはグループ全体として活発に意見を交換することができ、小児看護グループのワークショップは、大変有意義であった。

(内田雅代・長野県看護大学)

## グループ9：病院における急性期看護

### 研究テーマ：

The Perception of Privacy in Acute Care Hospital（急性期ケアにおける看護者および患者・家族のプライバシーについての認知）

共同研究のテーマを抽出するに当たって、各メンバーから出されたトピックは、

- ・ Patient's Privacy：患者のプライバシー
- ・ Nursing Records：看護記録
- ・ Role of Nursing Informer：情報提供者としての役割
- ・ Caring：ケアリング
- ・ Staff development：スタッフの能力開発・教育
- ・ Comfort Care：安楽ケア
- ・ Family Care：家族へのケア

などであった。

共同研究としての実現可能性を考えながら、各トピックについての Acute Care における現象を討議し、「The Perception of Privacy in Acute Care Hospital：急性期ケアにおける看護者および患者・家族のプライバシーについての認知」を研究テーマとして特定した。

急性期ケアの領域で扱う患者や家族の情報は、病状に関する情報のみならず生活上の情報や家族関係・経済状況などの社会的情報など広範囲かつ詳細なものであり、常にプライバシーの侵害の危険性を孕んでいる。また、治療や処置および看護ケアを実施する上では、常に患者の身体への接触は不可欠であり、特に生命の危機に遭遇する状況では、プライバシーの保護が第一優先とならない場合もあり得る。

こうした中で、看護者は患者のプライバシーを保護するための専門職としての実践能力が問われているが、専門的知識と技術の確立には至っていないのが現状である。同時に、患者や家族がプライバシーを守るためにどのような努力を強いられているのか、プライバシーの侵害をどのような場面で感じているのかについても実証はされていない。

更に、プライバシーは社会的文化的影響を強く受ける概念であり、異文化間での比較研究の意義が大きいと言える。

### 研究目的

- ・ 中国および日本の急性期ケアにおける看護者ならびに患者のプライバシーに対する認知を同定する。



- ・ 2国間での看護者ならびに患者のプライバシーに対する認知を比較する.
- ・ 急性期ケア領域と一般ケア領域での看護者ならびに患者のプライバシーに対する認知を比較する.
- ・ 患者・家族のプライバシーを保護する要因を抽出する.

## 研究方法

プライバシーの概念, 看護者および患者のプライバシーの認知, 急性期ケアの同定, 有用な測定用具の探索およびプライバシーを保護する要因の同定について文献検討を行ない研究の枠組みを明確にし, 具体的な研究方法を検討していく必要があるが, 現時点での研究方法の大枠を以下に示す.

- ・ 対象者: 中国および日本の急性期病棟/一般病棟における看護者ならびに患者・家族
- ・ 方法: 質問紙を用いた実態調査
- ・ 分析: 統計的(量的)分析

## 今後の方向性

2日間の討議を経て研究プロジェクトを立ち上げる事が合意された. プロジェクトリーダーとして太田勝正教授(長野県看護大学)が選出され, 具体的な今後の計画については次回 ICN 大会でメンバーが参集し検討される予定である. 今後, 国内を問わず本プロジェクトへのメンバーが増えることを期待して報告を終わる.

(縄秀志・長野県看護大学)

「新しい風：アジア・太平洋地域の看護学国際協力」準備・実行委員会

委員長：小西恵美子（生活援助学講座教授）

委員：Anne J. Davis（本学名誉教授）

見藤隆子（本学学長）

多賀谷昭（社会・経済学講座教授）

那須 裕（健康・保健学講座教授）

田中建彦（外国語講座教授）

Anita L. Fisher（症状看護学講座教授）

内田雅代（小児看護学講座教授）

雨宮多喜子（看護管理学講座教授）

江藤裕之（外国語講座助教授）

野坂俊弥（体育学講座助教授）

唐澤由美子（基礎看護学講座助教授）

小林美子（精神看護学講座助教授）

前田樹海（生活援助学講座専任講師）

中嶋尚子（生活援助学講座助手）

畔 良江（生活援助学講座助手）

山田 隆（事務局次長）

以下の皆様には本会議準備・実行にあたり多大なるご協力をいただきました。心より感謝申し上げます。

奥野茂代（老年看護学講座教授）、田代麻里江（国際看護学講座専任講師）、永井伸夫（看護形態機能学講座助手）、八尋道子（基礎看護学講座助手）、中村恵（基礎看護学講座助手）、武田貴美子（成人看護学講座助手）、花村由紀（成人看護学講座助手）、吉田聡子（老年看護学講座助手）、岩崎みすず（精神看護学講座助手）、赤沢雪路（精神看護学講座助手）、松崎緑（精神看護学講座助手）、三澤史（小児看護学講座助手）、御子柴裕子（地域看護学講座助手）、酒井久美子（地域看護学講座助手）、和光由紀（地域看護学講座助手）、岩崎朗子（看護教育・管理学講座助手）。

大学院生にも多くの協力を得ましたが、特に児玉真木さん（修士1年）には感謝申し上げます。

## 編集後記

長野県看護大学国際研究集会「新しい風：アジア・太平洋地域の看護国際協力」の報告書をお届けいたします。講演、パネルディスカッションで読まれましたペーパーを中心に、ワークショップの記録など公式プログラムも内容を網羅しております。

その他にも、本学学生主催による茶会、地元の太鼓クラブの皆さんによる和太鼓の演奏会、懇親会、ポスト会議ツアーなど本学のことをより知っていただき、また異文化に触れる機会となるプログラムも多数催しましたが、紙面の都合上その報告はここでは割愛させていただきます。また、写真などの映像記録もここでは掲載することができませんでしたが、本学のホームページにアップしますので、そちらをご覧くださいいただけます（[www.nagano-nurs.ac.jp](http://www.nagano-nurs.ac.jp)）。

今回の会議が大変好評で、成功裡に終わることができたのは、ひとえに多くの関係者の皆様のコラボレーションのたまものと考えております。特に、講演者、パネリストの皆様にはご多忙にもかかわらず、ペーパーをお書きいただき、その後の準備のための連絡にも多大なるご協力をいただきました。また、本誌、及び **Quality Nursing** 誌での特集（平成 16 年 5 月号）でのペーパーの出版をご許可いただき、心より御礼申し上げます。

さらに、国際研究集会企画準備委員会の皆様の努力にも感謝の意を表します。委員それぞれの献身的な努力がこの会議を成功に導いたものと確信しております。最後ですが、私をサポートしてくださった助手、院生の皆様にも心から感謝いたします。

江藤裕之

長野県看護大学  
「新しい風：アジア・太平洋地域の看護学国際協力」  
異文化看護学国際研究集会報告書

平成 16 年 3 月 31 日発行

編集者 長野県看護大学異文化看護学国際研究集会実行委員会  
編集代表 江藤裕之

発行者 長野県看護大学  
399-4117 長野県駒ヶ根市赤穂 1694  
Tel.: 0265-81-5100 Fax: 0265-81-1256  
<http://www.nagano-nurs.ac.jp>

印刷所 株式会社宮澤印刷