

ション (Health Promotion)」(WHO・オタワ会議、一九八六)、「必須医薬品のためのバマコ・イニシアティブ (Banako Initiative)」(アフリカ諸国の保健相、WHO、UNICEF、一九八七)。

このなかで、特筆すべきは、「西暦二〇〇〇年まで」という目標は達成されてはいないが、すべての人々を対象としたHFAと、そのための戦略であるPHCである。地球上のすべての人々というグローバル戦略が強く打ち出された最初の保健分野の開発理念と言える。PHC宣言作成の中心人物であったジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生大学院名誉教授のCarl Taylorによれば、このような世界戦略が生まれる前には、関連するいくつかの保健活動があった。一つは、世界が団結して対策を行えば、疾病撲滅が可能なことを証明したWHOによる天然痘の撲滅(一九八〇)であり、他は、深い専門性ではなく広い保健活動による全体的な保健レベルの底上げの例としての中国の「裸足の医師」制度である。

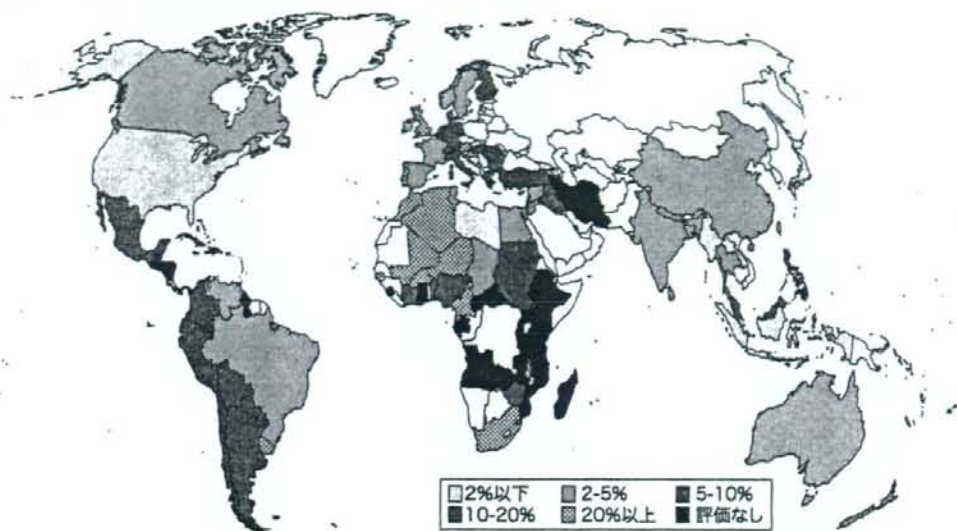
このような経験を統合して生まれたPHCが実践され始めた一九八〇年代は、経済を中心とするグローバルゼーションが急速に進行し始める時期と並行している。では、PHCの成果が出ているであろう九〇年代の世界の健康はどうであろうか。

### 3 グローバリゼーションで広がったこと

#### 1 モノの広がりとは人々の考え方

選択肢が増えることは開発の成果と言ってよい。しかし、規制の緩み、流通の拡大は、しばしばジャンクフードやアルコール、タバコ、麻薬といった健康上好ましくないモノから始まることが多い。一方、先進国での規制強化の結果、タバコ、抗生物質などの医薬品、農薬や肥料、育児用ミルクなどが途上国に拡散した例も

図1 学士号保持者の外国（OECD国）居住率



出所：OECD: *Migration and Brain Drain Phenomenon*. [http://www.oecd.org/document/40/0,3343,en\\_2649\\_201185\\_39269032\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/40/0,3343,en_2649_201185_39269032_1_1_1,00.html) (2007年10月25日)

ある。一見、生活が豊かになり、便利になるように見えるが、高価な先進国商品を購入することが生計をゆがめるだけでなく、本来の良い習慣を忘れさせ、長期的に人々の健康に負の影響を及ぼしてしまう。さらに、国際化多国籍化無国籍化したビジネス界や一瞬のうちに世界に情報を流し得るメディアネットワークが、適切な情報や科学的知識のない地域に圧倒的な情報を垂れ流すことで、人々の考え方が影響されていることも多い。女性と子どもの健康に関して言えば、避妊や家族計画の概念が広がる一方、伝統的に女性の役割とされてきた家事、育児、農作業など、職業訓練や学習との間のゼロサムゲームを生み出し、問題を広げているところである。

## 2 人の移動

人やモノの移送手段の発達や増加は必ずしも悪いことではない。しかし、次項で述べる病原体の拡散や、前項で述べた健康に益しないものの流入、さらには合法的ではあってもいわゆる3K低賃金職や非合法就業者を生んでいることに加えて、最も深刻な問題は、図1に示すような途上国

の頭脳流出であろう。自国の保健医療政策にかかわるべき人材が、国際機関や外国の研究機関に流出することが継続すれば、それは自国の女性や子どもの健康改善を遅らせることになると言える。

### 3 病原体の移動と迫りくる新たな健康の危機

中世、ヨーロッパの人々が西に東に航海したのは、ある種のグローバリゼーションだった。スピロヘーターと呼ばれる、少し特殊な細菌による性感染症 (Sexually Transmitted Infection: STI) の一つである梅毒は、アメリカ大陸を指し一四九二年に西インド諸島に上陸したコロンブスの部下が持ち帰ったとする説が強い。梅毒は、約二年でヨーロッパ中に広がり、一四九八年のバスコ・ダ・ガマの東方航路発見に伴ってインドに達し、その数年後に中国に伝播している。ある土地に、未経験の感染症が広がることは、グローバリゼーション最大の負の効果と言える。一九八〇年代初頭に出現した HIV/AIDS も、梅毒同様、感染に人が介在する STI だが、わずか二年で全世界を席卷した。

一方、自然界宿主はまだ確定されていないが、いったん人で発生すると、患者の血液、分泌物、排泄物、唾液飛沫から感染するエボラ出血熱は、アフリカ各地の局所的アウトブレイク以外、世界的流行はない。現地疫学者によれば、エボラ出血熱の感染力は激烈で、感染すれば短時間に発病し、かつ致死率も高く、キャリアー状態で移動する頻度はきわめて低いこと、および発症地への交通遮断が有効だとしている。

一九七〇年以降に新たに発生した、いわゆる新興感染症としては、現在、HIV/AIDS など約三〇の疾患が知られている。しかし、新たな病原体の出現はとどまるところを知らない。二一世紀に入ってからだけでも、東南アジア発の二感染症がある。

その一つである重症急性呼吸器症候群 (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) は、二〇〇二年一月一日、中国

での第一例患者の公式診断から、二〇〇三年六月一三日の流行終結宣言までの約七カ月に、世界三一カ国に広がり、八四五四名の感染者と七九二名の死者を生んだ。世界銀行は、この間の経済損失が東南アジアのGNPの二%に上ったとしたが、近い将来に発生する危険性が高い鳥インフルエンザH5N型ヒト―ヒト感染では、その経済への影響は八〇〇億ドル（九六兆円）と推定されている。

筆者の住む福岡では、SARS流行時、多数の外国航空路がキャンセルされたが、本来、一時的の措置が現状復帰しないままになったものもあったと聞く。このような経済不況の影響は常に身分が不安定な低賃金、パートタイムの女性にしわ寄せされ、それが長期に及べば、健康へも影響するであろうことは想像するに難くない。

#### 4 武器の移動と紛争のグローバル化

グローバル化が急速に進行した理由の一つは東西対立の消滅である。冷戦構造の崩壊によって、思想による壁が崩れ、間隙を縫って経済のグローバル化が始まった。人々は自由に移動し交易が増えた。同時に、政府が崩壊した国家から、組織的個人的レベルの武器流出が始まった。一方、それまで代理戦争状態にあった途上国には、宗教や民族性の違いを背景とする権力や自然資源を争う地域紛争が発生し遷延している。これら Complex Humanitarian Emergency と総称される国内武力紛争では、住民があい戦うため、多様な武器ニーズが生まれて、前述の供給源と連係した負のサイクルを生み出している。

#### 5 グローバリゼーションと女性の健康

グローバル化の波がどの地域に早く強く、また、影響はどの位の期間あるかを問わず、九〇年代に

表2 グローバリゼーション進行後の比較

		1996	2006	変化	
収入 各年代 US \$	富裕国	26,064	45,112	1.7 倍	
	貧困国	163	162	低下	
健康	平均寿命 歳	富裕国	76.8	79.5	+ 2.7 歳
		貧困国	54.4	44.6	- 9.8 歳
	U5MR	富裕国	7.6	5.4	- 2.4 (低下率 31.6%)
		貧困国	204	194	- 10 (低下率 4.9%)
	MMR	富裕国	25.2	10.9	- 14.3
		貧困国	552.5	1,194	2.2 倍
	TFR	富裕国	1.7	1.6	
		貧困国	6.6	6.3	不変
教育 女性/全体 識字率	富裕国	-	-		
	貧困国	36.0/48.7	40.5/53.3	微改善	

注：最富裕国 10 カ国と最貧困国 10 カ国を選び、その平均値を出した。

1996 の富裕国：オーストリア、ベルギー、デンマーク、独、仏、日、ノルウェー、スウェーデン、スイス、米。

1996 の貧困国：ブルンジ、ブータン、チャド、エリトリア、エチオピア、モザンビーク、ネパール、タンザニア、ウガンダ、ベトナム

2006 の富裕国：デンマーク、アイスランド、アイルランド、日、ルクセンブルグ、ノルウェー、スウェーデン、スイス、英、米

2006 の貧困国：ブルンジ、チャド、コンゴ民主共和国、エリトリア、エチオピア、ギニアビサウ、リベリア、マラウイ、ルワンダ、シエラレオネ

出所：UNICEF: *The State of the World's Children*, 1996, 2006

はそれが進行し、二〇〇〇年代には、ほぼ、普遍化したものと想定して、『世界子ども白書二〇〇〇』（UNICEF）と『世界子ども白書二〇〇六』（UNICEF）のデータを基に、表1 にならない、富裕国と貧困国における「健康」と「教育」に関する基礎的指標を比較した（表2）。なお、たとえば、一九九六年版の経済指標はGNP、二〇〇六年版はGNI表記などの違いはあるが、傾向をうかがうことは可能と考える。

世界的に見て、過去数十年間の保健医療分野の改善はあった。表2でも、たとえば、貧困国の五歳未満児死亡率（*IMR*）は低下し、女性の識字率もわずかながら改善している。しかし、グローバル化の進行による効果を総括すれば、先進国にプラス、貧困国に相当のマイナス効果がおよび、結果として格差が拡大したことがうかがえる。

筆者は、二〇〇二年、健康成人男性がほとんど

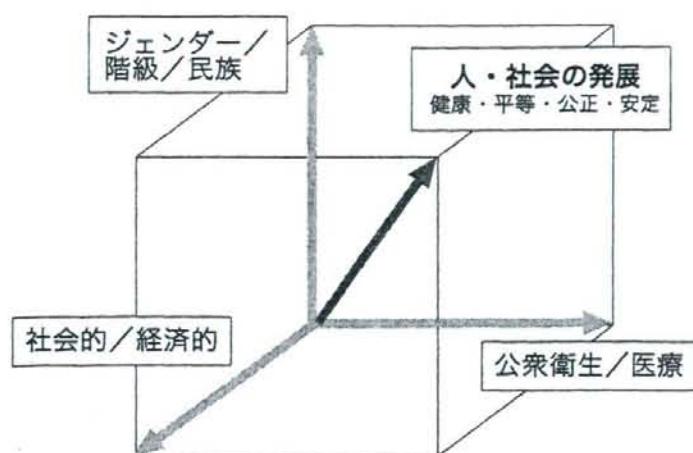
いない南部アフリカのある集落を訪問したことがあった。村の長老格の女性によると、見るべき産業のない村では出稼ぎが唯一の稼ぎだったが、八〇年代、男たちが「病氣」を持ち帰り、妻に感染させた。九〇年代前半には男性が、後半には女性たちも死ぬようになった、という。病臥している人々のすべてがAIDSという確証はない。しかし、アフリカ南部諸国の平均寿命短縮の原因をHIV/AIDSに帰するとする意見を否定するものはなかった。

一九九〇年代の国連のさまざまな会議や戦略は、世界的であると同時に、個々の人間や女性の健康という身近な問題に焦点を当てるようになっていく。国連人間開発計画(UNDP、一九九〇)、国連国際人口・開発会議(ICPD、一九九四)、国連第四回世界女性会議(一九九五)、OECD/DAC新開発戦略(一九九六)など、いづれにも、女性と子どもの健康が大きく取り上げられている。しかし、西欧の理念が優先する開発戦略は、伝統社会が多い途上国に馴染みにくく、継続実践され、成果が出るには、適切な人材と相当の時間を要することが理解されていないように見える。さらに、毎年のように、新たな戦略が押し付けられることへのフラストレーションもある。しかし、表2のように、微々たるとは言え、識字率は上昇している。地域に密着した地道な保健対策を、根気よく続けることが必要であろう。

#### 4 おわりに——ミレニアム開発目標と女性の健康

SARS問題は解決されたが、新型インフルエンザ流行のようなグローバルな健康の危機はこれからも続くであろう。そのような、突発的危機に対応するためには、それぞれの地域の人々の能力開発が必須不可欠である。

図2 人間と社会の真の発展



出所：青山温子・原ひろ子・喜多悦子『開発と健康』p. 4より転載。

WHOの年報 *World Health Report 2007* の第三章では、二一世紀の国家および国際的な健康の危機として、三つの例を挙げている。それらは、二〇〇一年の世界貿易センタービル他での同時多発テロ後の炭疽菌 (*anthrax*) 入り脅迫状と、世紀初めの世界を震撼させたSARS、および、二〇〇六年のコートジボアールでの大規模有毒性化学廃棄物資の放棄である。

テロは、冷戦構造終結後の地域武力紛争における弱者の手段として用いられ、次第に国際化してきた。時に、妊婦を装った女性が腹部に爆発物をまとい自爆テロを起こすことがあるが、自らの意思であることの是非を問わず、貧困や抑圧で逃げ場のない人々、将来に希望を持たない弱者にテロリスト予備軍が潜在しているという点では、格差を助長しがちなグローバリゼーションのあだ花とも言える。

SARSは新たに人間に生じた感染症である。自然保因者や対応策が、ほぼ、確立したため、この病気の再度の大流行はないと考えられる。しかし、SARSが拡散したのは、航空機などにより、短時間に、国境を越えて移動する人々を介してであり、グローバリゼーションのなかの対応が求められた。同じ危険は、目前の鳥インフルエンザであり、火急の対応を必要としている。

アフリカ西部のコートジボアールで、先進国由来と見なされる五〇〇トンを超える危険な化学廃棄物が海上輸送され、トラックで首都アビジャン周辺に投棄された事件は、わが国ではあまり知られて

いない。後に、化学物質は、フェノールや劇毒性薬物であることが判明した。このような事態は、グローバル化社会の出現とともに現れてきた人為的災害、環境破壊である。

これらの三事例のいずれも、今後の国際保健分野での課題と言えるが、いかなる時代、どのような地域であろうとも、個々の人間が本来持つてゐる能力をフルに活用できる環境があれば、対応できることもある。

個々の人間、社会そして国の適正な開発は、個々の人間の、身体的精神的そして社会的健康に始まり、開発の目的は、そのような人間を作ることであろう。二〇〇〇年に採択された国連ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs) の八目標の中では、乳幼児死亡率、妊産婦の健康、HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病対策という、直接、保健に関連するものが三項、貧困対策、初等教育、ジェンダーという、健康改善と密接に関連する事項が三項もあることは、図2に示した人間の真の発展にとって、保健医療面の改善、社会的経済的発展とジェンダー・階級・民族などの格差解消が必要なことを裏付けていると言える。

【注】

(1) 染色体 chromosome とは、chromo (色のついた、よく染まる) + some (体、もの)、通常、よく用いられる塩基性色素によって、大小さまざまなX様の形をした物質として認識された。

(2) PHCは、基礎的な保健知識に基づく予防などの保健活動をいい、医師の介入は必須ではない。一方、先進国で言うプライマリケアは、患者が最初に接する医師による医療行為である。

(3) 先進国で規制の始まったタバコや抗生物質、農薬や肥料、また、先進国の母乳運動によって売れ行きが落ちた乳児用ミルクが途上国にまわされているとの情報は、著者がUNICEFアフガン事務所勤務時のパキスタン、WHO本部勤務時のアフリカ諸国で指摘を受けた。



- 青山温子、原ひろ子、喜多悦子『開発と健康——ジェンダーの視点から』有斐閣、二〇〇二年
- 加藤朗『テロ——現代暴力論』中央公論新社、二〇〇二年
- 喜多悦子『新しい災害——人道的危機』『日本集団災害学会誌』5:79-89、二〇〇一年
- ケテル、クロード『梅毒の歴史』寺田光輝訳、藤原書店、一九九六年
- セイヤー、アン『ロザリンド・フランクリンとDNA——ぬすまれた栄光』深町眞理子訳、草思社、一九七九年
- 福田伸一『生物と無生物のあいだ』講談社、二〇〇七年
- De Waal, Alex. (1998) *Famine Crimes: Politics of the Disaster Relief Industry in Africa*. Bloomington: Indiana UP.
- Henderson, D. A., T. V. Inglesby et al. (1999) *Smallpox as a Biological Weapon*. JAMA 281:22, 27-2137.
- Lee, K. and D. Yach. (2006) 'Globalization and Health.' *International Public Health*, 2nd ed. ed. Merson, M. H., R. Black and A. J. Mills. Boston: Jones and Bartlett.
- UNICEF Publications. (1981) *The State of the World's Children 1981*. NY: UN U.
- UNICEF Publications. (1982) *The State of the World's Children 1982*. NY: UN U.
- UNICEF Publications. (1996) *The State of the World's Children 1996*. NY: UN U.
- UNICEF Publications. (2006) *The State of the World's Children 2006*. NY: UN U.
- Watson, J. D. and F. H. C. Click. (1953) 'Molecular Structure of Nucleic Acid.' *Nature*. 171: 737-738.
- WHO. (2007) *The World Health Report 2007*. Geneva: WHO.
- WHO African Region: Ethiopia. <http://www.who.int/countries/eth/arcas/cds/malaria/cn/index.html> (11, 20, 2007)
- WHO EPR (Epidemic and Pandemic Alert and Response). <http://www.who.int/csr/sars/en/> (11, 20, 2007)
- World Bank Website. Avian Flu: Economic Losses Could Top US \$800 Billion. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/EASTASIAPACIFICEXT/11,20,2007>

ISBN978-4-7965-2186-4

C3047 ¥1700E



9 784796 521864

定価：本体1,700円＋税



1923047017000

●主な内容●

### 第I部 看護の原点を求めて

看護の力

病院看護から在宅看護へ

肝硬変患者K氏との出会いを通して今、大切にしていること

「患者と家族の希望」を捉えた看護実践をめぐって

生きがい、を求めて：ALS患者の看護から

看護部長・副院長になっても看護師でありたい

看護の原点を持ち続けて：府立高校で教員生活

看護師が患者の家族になって感じた看護の原点

### 第II部 訪問看護・開業ナースの可能性を探って

病院から地域への橋渡しに看護の力をもっと

限界集落で一人ケアマネの開業

訪問看護・開業ナースに望むこと：「患者」でもなく「患者様」でもない、病氣とともに生きる「生活者」

求められる訪問看護は強くて優しい看護の力

母が教えた在宅療養の可能性と看護の役割

介護ヘルパーとしてともに歩んで見えてきたもの

ある書簡から：あるべき在宅介護を考える

看取りの家：妹の看取りがもたらした看護の力

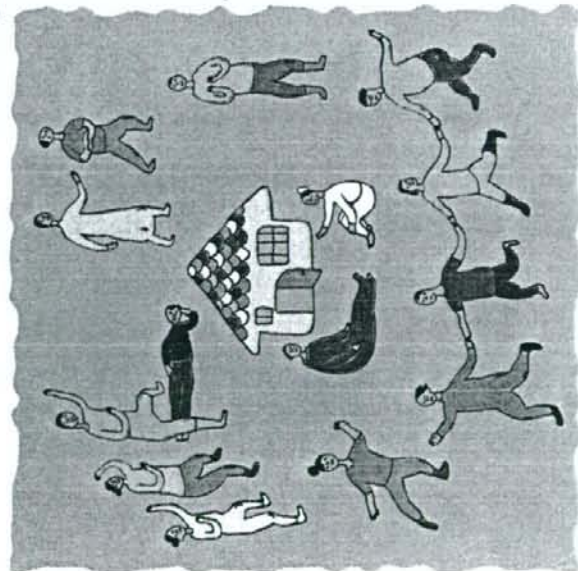
団地萌え：コミュニティ再生のために

### 第III部 本当のエキスパートを目指して

資料編 ナースの開業マニュアル—起業のための10のポイント

# 看護の 実力の

訪問看護 開業ナースはゆく



患者・家族が  
在宅看護に  
希求するもの  
開業看護の  
パイオニアたちが  
達成したもの  
医療崩壊を  
食い止める  
本当の看護の力が  
ここにある

村松 静子 監修

在宅看護研究センターLLP代表

村松 静子 監修

昭林社

# 看護の力

喜多 悦子

はじめに

「看護婦」という日本語に違和感というか、戸惑いを覚えた私的な経験がある。

自分は女性の医師ながら、ナース＝「看護婦」＝「女性」の刷り込みがあったことを認識させられたのは二〇年以上も前、女性が社会的あるいは自立・独立した活動をすることや、特に保健医療分野でいえば、若い独身女性が他人の身体に触れることをよしとしない習慣が強く生きていた地域での開発協力計画に関与するようになった頃のことだ。まず、断っておきたいが、開発途上国に特有なのではなく、いわゆるジェンダー<sup>(1)</sup>を問題視しなければならない事態は、私たちの身の回りを含め、どの国にも存在している。が、田舎つまりあまり外部社会との接触がなく、したがって伝統的習慣が存続しやすい地域でめぐり合うナースの多くは男性であった。女性ナースが皆無ではなかったが、外部者である私たちとの接触は、あまり望まれていなかったようだった。もちろん、わが国に「男

性看護師」が存在することは知っていたが、一緒に働く機会を持たなかったこともあって、「ナース」のジェンダーを考えたことはほとんどなく、伝統的な刷り込みのままであったことを国の外で気づかされたのだった。

一九八〇年代末、パキスタンに避難していた三〇〇万人以上のアフガニスタン難民の援助に専従した折には、イスラム圏というだけでなく、とりわけ伝統的文化が強い地域での仕事が多かった。

最近、タリバンやアルカイダをかくまっているなどの治安上の問題で見聞きする機会が増えた、いわゆる部族社会地域に設置された難民キャンプも含み、さらに主務が子ども対象の予防接種だったこともあって、一緒に仕事したほとんどのナースは、精悍かつヒゲ面の男性だった。今度は「ナース」＝「男性」に馴染み過ぎたが、母性や女性特有の疾患の対応には女性ナースが必須だったため、いわゆる正規教育ではなく、また、限られた範囲だったが、その育成にも精力を注いだこともわずかにあったため、さまざまな計画を議論する際には、男性 (Male) ナースと女性 (Female) ナースを区別しなければならないことも少なくなかった。



やさしかったお前のナース  
1990年頃のバキスタンのアフガニスタン難民キャンプ

今は、ジェンダーフリーの「看護師（ナース）」が当たり前、「看護婦」という言葉はもう思い浮かばない。

## さまざまな看護活動

わが国のみならず、多くの国で「看護」といった場合、まず、思い浮かべるのは、医師や薬剤師、検査技師、栄養士その他の専門職が働いている病院という医療施設内の看護師の姿であろう。アメリカ、カナダ、オーストラリアなど先進国以外にも、予防接種その他の医療行為を担当する Public Practitioner という専門性を持つ国も複数あるが、保健医療者であっても、一般的に看護といえは医療施設内での活動が、まず、思い浮かぶ。

程度に差はあるが、先進国なら都市部以外でも何らかの医療サービスは存在する。しかし、世界に存在する一九〇を超える国／地域の中で先進国とよばれるのは約三〇か国に過ぎない。先進国にも貧困者は存在し、途上国には、途方もない金持ちが一握り存在する。が、総括的に言えば、先進国居住人口は高々十二億人前後で、総人口約六四億人（二〇一〇年推計）の二〇％弱にすぎない。残り五〇億人を超える途上国の人々は、わが国ではあたり前とされるような保健医療サービスを、いつでも、どこでもそして継続的に利用できるとはとても言えない。わが国のみならず先進国の医

療状況も逼迫してきてはいるが、途上国の保健医療の状況と、その現場における看護の膨大な役割、それが実践され難い現状を述べる。

途上国では、首都圏か一、二の都市を除けば、医療施設そのものがないに等しいことが多い。さらに首都や比較的大きな街でも、まずまずの施設の医療サービスを楽しむ人はきわめて限られている。理由は多様で複雑だ。医療施設そのものがないか、あっても十分機能していない。また、簡単に行ける距離ではなく、公共交通機関がなかったり、時には道路そのものが整備されていなかったりすることもある。また、タクシーや公共バスなど利用できる移送手段がないことや、その経費がまかなえないこともある。さらに、医療施設に十分な訓練を受けた専門家がいなく、医療機器がなかったり稼働していなかったり、さらに医薬品や消耗品がない、さらに電気や水など医療行為に必要なインフラがないといった事態もある。貧困も大きな問題だが、さらに医療施設を利用すると、医療を受けることを妨げる文化的理由もある。途上国の健康は、二一世紀の今日でも、一世紀前、世界初の公衆衛生大学院開設を果たした病理学者が云ったように、「街の健康は、病院で働く医師や看護師の力だけでは守れない」のである。

途上国にも、医療 (Medical care) は存在するし、それが必要なことは議論の余地はない。が、対費用効果だけでなく、大多数の人々への便益性、人々の側からの利用のしやすさからすれば、まだまだ P H C (Primary Health Care、プライマリヘルスケア) の必要度が高い。ここでいう P

H Cは、先進国でいう、最初の医療サービス（プライマリケア）よりも、さらに基礎的初歩的保健活動であるが、その担い手のほとんどは、地元で足場を置くナースである。

## P H Cと看護

P H Cの実践は、それまでの病院という医療施設中心の活動から、地域住民の参画を必須とする地域での保健活動を促進する機運となった。特に、途上国では、人口の八〇%程度もが居住する農村／非都市部の保健状態が、徐々にではあるが改善されてきたのは、それぞれの地域に住人から適切な人材を選んで訓練するコミュニティ・ヘルス・ワーカー（Community Health Worker: C H W）の体制が動いたことによる。読み書きも満足でない女性たちに、丁寧に、そしてできる限り科学的な知識をわかりやすく、また必要な技術を実践的に伝達してきたのは、地域に根づいた看護職の貢献による。

地域住民主体、すなわち地域住民によるヘルスケア（Community-based Health Care）を動かしてきたC H Wは、高度な知識や技術を持っていないが、自分が属する地域社会から選ばれており、人々とは習慣や伝統を共有し、そして人々の健康上のニーズに応じて、課題を解決する。実際、電気も水道もなく、舗装はおろか道そのものがあるかなきかの地域の人々の健康はC H Wと彼らを訓

練し監督する立場にある看護職の力によるところが多い。

途上国の、特に田舎の健康は、看護者の足 $\parallel$ 機動力、手 $\parallel$ 専門技術、目 $\parallel$ 観察力、口 $\parallel$ 人間関係、そして脳 $\parallel$ 知識によっている。もっとも、質の問題がないわけではない。多くの途上国の、それも田舎には、わが国のような標準化された教育を十分に受けた看護職は少ない。時に、ある地域で始めて専門教育を受けたなどとおっしゃる方にお目にかかることもある。しかし、数は少ないとはいえ、それらの看護師が担っている責任は膨大であり、末端で活動するC H Wや地域住民からの信頼は絶大である。地域住民の関与するP H Cが適正に稼動すれば、効果的に地域の健康が守られるのである。

P H Cは、途上国のみならず世界各地で、健康の社会的経済的開発的面が着目されたことに端を発したのだが、実践を通じて、健康と健康を維持するための手段の利用は何人にも共通の基本的人權との認識が広まり、人々の主体的参加と自己決定権の保障は、やがて地域住民の主体性や自主性、自動努力能力の涵養にも通じた。これらに関与してきた看護職は、結果として、ヘルスケアの指導者・提供者であるだけでなく、人間作り、社会作り、国家作りに貢献している。

## 看護の力 (potential)、看護師の力

途上国の保健医療活動は、医療知識や技術があればよいのではない。人々と習慣、文化、考え方を共有し、時には科学的でないことにも理解を示し、保健医療以外の範疇の生活改善から仕事を始めなければならないことも多い。途上国は……といったが、これは、実は私たちの身のまわりにもある、世界各地で共通の状況であろう。

看護師は、同じ医療の場にいる医師のように、多種多様な機械や道具を必須としない。それこそが、看護が看護である所以と、PHCを通じて実感したことから、高齢化が加速する先進国における「看護の力（ここでは現在の power ではなく、将来への可能性という意味で potential）」について述べたい。

国際看護師協会 (International Council of Nurses : ICN) の看護師の倫理綱領前文には、看護師の四つの基本的責任として、健康増進し、疾病予防し、健康回復、そして苦痛緩和があげられている。また、同じくICNの看護師の定義には、看護師は、①健康の増進、疾病の予防、そしてあらゆる年齢およびあらゆるヘルスケアの場および地域社会における、身体的、精神的に健康でない人々および障害のある人々へのケアを含めた全体的な看護実践領域に従事すること、②ヘルスケア

アの指導を行うこと、③ヘルスケア・チームの一員として十分に参加すること、④看護およびヘルスケア補助者を監督し、訓練すること、⑤研究に従事すること、のために養成され、また、それらを執行する権限を与えられている、とある。

途上国にもたくさんの病院、医療施設はあり、そこでも看護師が働いている。しかし、途上国では、PHCレベルの保健サービスの担い手として、健康の増進、疾病の予防、地域社会におけるケア、その指導、監督、訓練を通じて、地域の健康を守り、人作り、社会作り、国作りに貢献している看護師の数は相当多い。

地域の看護をわが国の現状から考えてみたい。多くの先進国では、高齢化が深刻な問題となっている。山間部や離島のみならず、地方には、いわゆる「限界集落」が増え続けている。世界でも例を見ない急速な高齢社会化が進行するわが国と隣国韓国では、地域社会の保持が国全体の存続にとって、さらに深刻化することも想定されている。

国土交通省と総務省が全国七五五市町村の六一、二七一集落について行った調査『国土形成計画策定のための集落の状況に関する現況把握調査』(二〇〇七年八月)によると、六五歳以上の高齢者の割合が五〇%を超える集落数は七、八七八、うち全住民が六五歳以上という集落数が四三一、一〇年以内に消滅が予想される集落数は四二二、いずれ消滅すると思われる集落は二、二二〇と集計されている。

限界集落の実態を垣間見ると、地域が存続するには、医療施設の有無だけでなく、人々が日常生活を維持できるかどうか、つまり、食と水、住居、光熱と通信、移動の手段が保障されているかどうかによることは歴然としている。人口激減した山村では、山やがて田畑が荒れ、自然災害による被災が増え、甚大化し、居住安全性が劣化し、人口は流出する。

日本赤十字九州国際看護大学では、三年次選択科目国際看護Ⅱでは、海外研修で途上国の実態を経験し、同じく選択科目国際保健Ⅱ（PHC）では、日本の過疎地を見学している。このような機会を持った学生は、まだ、十分、実践の場で活躍する世代には至っていないが、平成二〇年度の国内研修の経験の一部を述べて、看護のpotentialを考える資として提示したい。

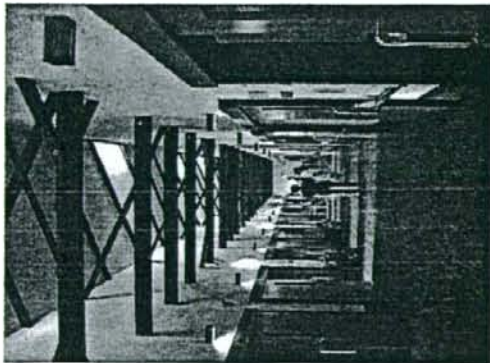
旧東米良村（現西都市）は、宮崎県西都市中心部から峻険な山道を車で約一時間。西日本最大の九電一ノ瀬ダム建設当時までは、人口五千人以上、林業で栄えていたという。ダム建設に伴い設置された診療所では、工事に伴う事故やけが人とともに、村人の診療が行われた。一九六三年、ダム完成により小中学校六校、三三五世帯が湖底に沈むことになり、最初の人口流出が起こった。

「限界集落」の概念は、林業の盛衰の研究から始まったが、ここでも、安い外国製木材の輸入とともに、基幹林業が衰退し、第二次人口流出が進んだ。若い世代の就労の場がないことも過疎化を進行させ、現在の東米良地域には一二九戸三二九人が住むにすぎない。

九電が西都市に寄付し、地域医療を支えてきた診療所は、当然のように経営悪化し赤字となった。

閉鎖と決まった診療所は、両親が同地区出身という宮崎市の総合病院「市民の森病院」理事長濱砂重仁医師への村人の陳情でよみがえった。自分たちの村の健康を守るために、人々が行動を起こしたのは、PHCという住民参加の極みだ。

徹底した省力化、ボランティアとしての地域内往診など、濱砂医師が果たした貢献は筆舌に尽くせないものがあった。そして、それに応えたのは、この地区に三七年居住するベテランをはじめとする看護師たちだ。一九床の診療所は、二〇〇五年四月に地元の産材で新築された全室個室床暖房の心地よい雰囲気だ。現在も非常勤の助っ人としての濱砂医師の存在は無限だ。だが、七名で二四



宮崎県西都市東米良診療所  
木のぬくもり+看護の力=わたしたちはここで死にたい川

時間勤務をこなす看護師らと村人の結びつきは、人口の多寡だけで、限界集落を定義してはいけないと思わせるほど固く、村人の雰囲気も明るいものだった。地域の全員との徹底した対話、揺るがない信頼、それが「未病」から、「病気早期発見」、発病した後の「治療看護」、そして「認知症」から、最後の「看取り」までを、ものの見事にまっとうしている。

「一番重要なことは、東米良に住むお年寄り

が『ここで死にたい』と思っていることなのだ。だから、この診療所の役割は医療ばかりでなく『看取り』も、『社会福祉』も『介護』も、何でもある』との濱砂先生の言葉を、学生とともに看護の限らない可能性としてうかがった。

### まとめにかえて

医療とは何か？ 病気を治すため、あるいは病人を治すための技術とか学問……国際保健を経験しない前には、そう答えたであろう。そして、看護とは何か？ と問われたら、答えられなかっただろう。二〇年以上、たくさんの途上国に関与させていただいた今、看護とは何か？ と問われたら、躊躇することなく答えるであろう。「病める人を癒し、地域の人々を生かし、活かす scientific plus (科学的アーツ) である」と。

### 豊多 悦子 (きた えつこ)

兵庫県出身、奈良県立医科大学卒、同大学院中退。小児科・血液学/臨床検査医学の臨床・研究・教育に従事した後、一九八〇年代後半から国際保健分野に転向。国立国際医療センターにてわが国のODAに関与、その間UNICEF、WHOにも出向、多くの紛争地の保健計画策定にかかわった。二〇〇一年から、日本赤十字九州国際看護大学教授、二〇〇五年より学長。ジョンス・ホプキンス大学公衆衛生大学院上級研究員。

ケアを受ける者とそれを提供する者の関係は、開発における援助を要する国とそれを提供する国の関係であるとし、最近では、国際保健の一大理念であるプライマリーヘルスケアの考えを、わが国の地域の保健サービースに応用することに情熱を燃やしている。

### 注

- (1) 開発途上国 (Developing Country) とは、先進国 (Developed Country) に対する相対的分類で、経済発展や社会開発の程度が遅れている国々をさす。通常、パリに本拠を置く経済協力開発機構 (Organization for Economic Cooperation and Development: OECD)。金持ちクラブとも嘲罵されるが、先進国三〇か国とEUが属する) の下部組織 開発援助委員会による「援助受取国/地域リスト」に記載されている国/地域。
- (2) Gender は sex (生物学的性別) に対して、「社会的 (文化的) に形成された性別」とか、「社会的な性ありよう (この方がより適切ともされる)」。社会的「性差」といわれることもあったが、本来、差別や否定的意味合いを持たない言葉。ここでは、一般的に言われる男女区別も含めて使用する。
- (3) 当時の工業都市ボルチモアの悲惨な衛生状態から、広く人々の居住地の衛生 (公衆衛生: public health) を担当できる専門職を育てる施設としてジョンス・ホプキンス大学に世界初の School of Public Health (公衆衛生大学院) 開設を目指した Sir E. Henry Henshaw (ウイリアム・ヘンリー・ウエルム) が、一八八六年にボルチモア市の慈善協会で講演した時の言葉。
- (4) PHCとは、一九七七年WHO総会決議の「すべての人に健康を (Health For All by the Year 2000, HFA 2000)」実践のため、一九七八年、旧ソビエトカザクスタンアルマ・アタ (現アルマタ) の会議で合意された具体的戦略である。その第六条には、PHCは「実践的かつ科学的で、社会に受容される手段と技術に基づく必須のヘルスケアで、自助と自己決定の精神に基づき、それぞれの地域や国家がその開発程度に応じてまかなえる経費の範囲で、すべての地域社会の個人々と家族の全面的参画と享受が可能なもの」とある。重要なことは、さらにPHCは、国家の保健システムと個人家族および地域社会の最初の遭遇点として、人々の生活や就労場所になるべく近く、しかも国家の保健システムの中心かつ主要部分として、保健システムだけでなく、地域社会全体の社会経済開発の一部」としていることである。
- (5) 元々は、林業の衰退などから、大野晃高知大名誉教授が、一九九一年に提唱した概念。過疎と高齢化の進行した集落では、その自治 道路などの生活インフラの管理、冠婚葬祭など共同体機能が急速に衰え、やがて消滅に向かうとされ、共同体として専属するための「限界」として表現される。



第6回イスラム世界との文明間対話セミナー

2008年3月23日～25日

於：サウジアラビア インターコンチネンタル・リヤド

【23日(日)】

開会式

21:00 開会  
21:00～21:50 開会の辞  
アンマール・サウジアラビア外務省外交研修所長  
宇野治・外務大臣政務官  
ニザール・オベイド・マダニ・サウジアラビア外務担当国務大臣  
22:00 歓迎晩餐会

【24日(月)】

全体会合1 09:00～10:30

テーマ：「グローバル化する世界における宗教」

議長：板垣雄三・東京大学名誉教授  
基調講演者：加藤秀樹・構想日本代表/慶應大学総合政策学部教授  
シャハラニ博士(モロッコ)  
コメンテーター：橋爪大三郎・東京工業大学大学院教授  
ディーン・シャムスディーン・ジャカルタ大学教授(インドネシア)

全体会合2 10:45～12:30

テーマ：「教育と宗教の尊重」

議長：ジャミール・メルダッド・サウジアラビア外務省イスラム事項局長  
基調講演者：アリー・アンナムツラー(著述業)(サウジアラビア)  
青山温子・名古屋大学大学院教授  
コメンテーター：ムスタファ・セリック・ボスニア共和国ウラマー協会会長兼  
ムフティ(宗教指導者)(ボスニア・ヘルツェゴビナ)  
服部英二・麗澤大学客員教授

第1ワークショップ 14:00～15:30

テーマ：「若い心と未来のパートナーシップ」

モデレーター：桜井啓子・早稲田大学教授  
アブドゥルアジーズ・トルキスターニ・キングサワード大学助教授  
参加者：日・サウジ双方の学生

【25日(火)】

全体会合3 09:00～10:30

テーマ：「マスメディアと宗教の尊重」

議長：ザーフェル・アル・オムラーン・バーレーン外務省二国間局長  
基調講演者：石合力・朝日新聞社外交国際・政治グループ次長

ムバーシャル・ジャーウィード・アクバル・

ブルッキングス研究所客員研究員（インド）

コメンテーター：長澤栄治・東京大学教授

ムスタファ・シャリーフ・元アルジェリア高等教育大臣

#### 全体会合4 10:45～12:30

テーマ：「多様な社会において人類普遍に共有される価値」

議長：エクレディン・イフサンオウル・イスラム諸国会議機構議長（トルコ）

基調講演者：町田宗鳳・広島大学大学院教授

ムハンマド・ラウフ・イスティカーマ・イスラム教育校長（セネガル）

コメンテーター：樋口美作・日本ムスリム協会名誉会長

イージャーズ・シャフィーク・ジラーニ・

イスラム大学教授（パキスタン）

#### 第2ワークショップ 14:00～15:30

テーマ：「日本とイスラム世界との文明間対話の組織化へ向けて」

モデレーター：加藤博・一橋大学大学院教授

長澤栄治・東京大学教授

中村寛・神戸大学大学院準教授

#### 閉会式

16:00～16:50 閉会の辞

板垣雄三東京大学名誉教授

トルキー・サウジアラビア外務省国際外務担当次官

16:50 コミュニケ読み上げ

17:00 閉会

## 日本側参加有識者

1. 青山温子・名古屋大学大学院医学系研究科教授
2. 石合力・朝日新聞社外交国際・政治グループ次長
3. 板垣雄三・東京大学名誉教授
4. 小野安昭・元駐チュニジア大使
5. 加藤秀樹・構想日本代表・慶應大学総合政策学部教授
6. 加藤博・一橋大学大学院経済学研究科教授
7. 桜井啓子・早稲田大学国際教養学部教授
8. 樋口美作・日本ムスリム協会名誉会長
9. 長沢栄治・東京大学東洋文化研究所教授
10. 中村覚・神戸大学大学院国際文化学研究科准教授
11. 橋爪大三郎・東京工業大学大学院社会理工学研究科教授
12. 服部英二・麗澤大学客員教授
13. 町田宗鳳・広島大学大学院総合科学研究科教授  
(五十音順、敬称略)

## 第1ワークショップ日本側参加者

1. アブドラ・アル・シハーブ・早稲田大学博士課程在籍
2. 後藤拓也・一橋大学大学院社会学研究学研究所修士課程進学予定
3. 近藤洋平・東京大学大学院人文社会系研究科アジア文化研究専攻イスラム学専門分野博士課程在籍
4. 福富満久・早稲田大学大学院政治学研究科・パリ政治学院博士課程在籍
5. 松本足渡・国際基督教大学教養学部国際関係学科在学  
(五十音順、敬称略)

- イスラムは人々に対しても他の宗教に対しても開かれた宗教である。コーランは、キリスト教、ユダヤ教徒の存在、旧約聖書、預言者としてのアブラハム、モーゼを認めている
- 日本では、良い神と悪い神がいて、良いことは受け入れるとのコメントがあったが、イスラムでは、神が善であることは疑いがないのであり、そこに決定的な違いがある。
- アラビア語がイスラム文明伝達の媒体となった。

## 第2セッション「教育と宗教の尊重」

1. 議長（ジャミール・メルグッド・サウジアラビア外務省イスラム事項局長）冒頭発言  
「宗教の尊重」を深めるための教育全般及び教育機関における教科課程、文化機関の役割の重要性を訴えた。

### 2. 基調講演

#### (1) アリー・アンナムッラー氏（著述業）（サウジアラビア）

アラブ・日本の間に存在する「同盟」と言うべきものは教育の尊重に基づくものである。人間の知性とは抑え難いものであり、歴史に見る教育への関心の高まりは古く、欧米から最も早く（他文化圏へ）派遣された教育ミッションはイペリア半島のイスラム大学に対するものであった。宗教を包含する「文化」とは相互に深く影響を受けているものであり、それは個々の宗教の固有性を超えたものである。他方、我々は個人を何よりも尊重する。コーランにも明記されているイスラムの基本方針は人間の尊重にあり、相互理解を求めることは各文化の個別性を否定するものではない。我々はこの文脈において極東と中東の関係を再考する必要がある。

#### (2) 青山温子・名古屋大学大学院教授

「ジェンダー」とは、社会的・文化的な性別であり、個々の性別に対し社会的に認識された行動様式及び期待される役割と説明できる。ジェンダーは社会・文化により異なるが、基本的な共通性も有す。（アフガニスタン、パレスチナの大学医学部の写真を示し）イスラム文化であっても、国によって、女性の高等専門教育の現場の状況が異なっている。（サウジアラビア等イスラム諸国の社会経済指標を示しつつ、）イスラム諸国の中でも、健康・教育・ジェンダーに関する指標はさまざまであるが、ジェンダー格差の大きい国や女性の健康指標の低い国が認められる。

ジェンダーは女性の健康や教育と深い関係を有している。また、女性の教育水準が向上すると子どもの健康状態も改善することが知られている。女性のリプロダクティブヘルスや人口問題に関しては、社会的・文化的影響が大きく、イスラム諸国間でも、人口等の指標はさまざまである。（イエメン、アフガニスタンの写真を示し）妊産婦の健康改善には、地理的条件や文化背景も考慮する必要がある。社会的・文化的理由により、女性が医療へのアクセスを制限されることがある。日本もイスラム諸国も、それぞれリプロダクティブヘルスの課題や人口問題を抱えており、優先課題は異なっているが、相互の状況を知って学び合うことが期待される。

### 3. コメント

- 日本は多様性の維持において成功してきた。宗教界と物質界の相互交流は西洋的アプローチでは困難である。仏教・神道とイスラム教とは、来世の存在を信ずる、全ての自然と生物は我々と関わっているとの発想、などの諸点において共通している。宗教は現代性の障害かと問われれば決してそうではない。（ムスタファ・シャリーフ・アルジェリア元高等教育相）
- バーレーンは本イニシアティブ開始当初より特別な関心をこのセミナーに払ってきた。（オムラン・バーレーン外務省二国間局長）
- 日本人とイスラム教徒とは「寛容と平和」という思想を共有する。（中村神戸大学准教授）
- 日本人はどのように「宗教の尊重」を捉えているのか。日本の社会システムを理解したい。
- まるでイスラムを現代性に反するもののように捉える論調に接するが、イスラムは現代性へのアンチテーゼではない。イスラムは日本の後塵を拝していることは認めねばならない。しかし日