

グローバルヘルス看護の展望

安達 和美

Current Perspectives of Global Health Nursing

Kazumi Adachi

姫路大学大学院看護学研究科論究

第2号

平成31年3月1日発行

グローバルヘルス看護の展望

安達 和美

Current Perspectives of Global Health Nursing

Kazumi Adachi

キーワード：グローバルヘルス看護，国際看護の歴史，グローバルヘルス看護教育，世界的な健康・生活課題

序 論

21世紀に入って経済のグローバル化が始まった。国と国の垣根が低くなり，人や物の移動が自由になり，人々は国境を越えて移動や移住をする時代となった。それは，様々な文化的背景を持つ人々と同じ地域で暮らし，生活することがかつてよりはるかに身近になっていることである。世界や地球市民という社会環境の中に私たちは存在していると言えよう。

数年前，当時，国際看護師協会（International Council of Nursing）の事務局長であったオルソン博士が来日された時の講演の中で「国際看護」というのは，自国と他の一つあるいは二つの国や地域との関係を指すというニュアンスがあるが，今日の社会状況は，世界全体・地球規模の中で動いており，「グローバルヘルスケア」というとらえ方が現実的であるとする内容のお話をされたことを覚えている。

しかしながら，日本において世界的規模の看護の捉え方は，テキストや参考書，そして現行の看護教育カリキュラム内容においてもその殆んどは，「国際看護」の表題が主流となっている。「グ

ローバルヘルスケア」「グローバルヘルス看護」として捉え表題化されたものは殆んど見られない。また，看護系大学の看護専門領域を見てもグローバルヘルスケアを看護専門領域の柱として確立している大学はほんのわずかである。多くは，「国際看護」として位置づけられていることである。このように，世界の社会状況や環境と共に，未来に向かって看護を考える時，国際的な看護活動は一つの転換点に立っていると考えることができる。

また，経済のグローバリゼーションによって，世界の人々の経済格差は広がっている。例えば，世界人口は78億人5千万人程であるが，世界中にいる富裕層の上位8人が持っている資産は，人口の半分の36億7千500万人ほどの資産とほぼ同じであるという報告がある¹⁾。つまり，貧富のスクイーズ現象が現代社会の特徴の一つである。そして貧しさは，住居環境，食べ物，乗り物，服装，教育，仕事の質に影響を与え，人々の健康や生活の格差につながっていることは多くの研究によって明らかにされている^{2) 3)}。また，最も裕福な国においては低所得者層は高所得者より寿命が短く，病気になる頻度も高いことが指摘されている

4) . 世界の健康, 生活課題は, 一つの国, 地域そして, 一人の力では解決できないことが社会の現実となっている.

そこには, 世界の人々が安心, 安全, 安寧な社会環境の中で自分を含む一人の人間として生きられるためには看護(職)に何が求められているのか立ち止り, 深く考えることが大切ではないかと考える.

本論文では, まず, はじめに日本において世界的・国際的な看護活動・実践はどのように始まり, どのように歩んできたのか歴史的な側面から視ていくことで将来取り組むべき課題も見えてくるのではないかと. そして, 私たち看護専門職はどのような時代や社会背景の中に生きているのか問うこと, 世界・地球市民として活躍できるように看護職に求められていることはどのようなことか, さらに, 世界的な看護活動を実践していく上での前提として考えられる健康や生活に関する課題解決のために国際機関はどのような目標を掲げ, 取り組みを進めているのか, それらの課題解決目標を自分の看護専門領域に引き寄せ, 看護者として具現化できるように理解すること. そして, 世界・地球市民として日本を含む世界の人々の健康や生活課題を解決できる一人の看護専門職として重要なことは何か, 世界的に活躍できるように看護教育をどのように進めていくのか, グローバルヘルス看護の学問構築を進めるための課題は何かについて論じてみたい.

グローバルヘルス・国際看護活動の歴史

国際看護としての始まり

日本における国際的な看護活動・協力は, 戦前戦後という2つの区切りによってその特徴を見ることができる. 第二次世界大戦以前の国際

看護活動は, 明治政府によって国外への看護婦派遣として, 日清・日露戦争時に日本の軍人の看護を目的に日本赤十字社の看護婦の活動から始まっている. また, 日中戦争時には, YMCA 医療団が中国人難民救済のため派遣され, その中に看護婦2名が含まれている. さらに, 第2次世界大戦中5万6,000名もの看護婦は陸海空軍に従軍し, 兵士のケアにあたったが, 多くの看護婦の犠牲者を出したことが記録されている⁵⁾. 兵庫県川西市花屋敷には, 1936年にロンドンのナイチンゲール像を原型にしたもので世界に2つしかないと言われているナイチンゲール像が在る. この像が建てられた経緯は, この土地の所有者であった中山通幽師は晩年, 日本赤十字病院で療養中に看護婦の献身的な看護に心



図1 イギリスのフローレンス ナイチンゲール像と同じ大きさ
場所: 兵庫県川西市花屋敷

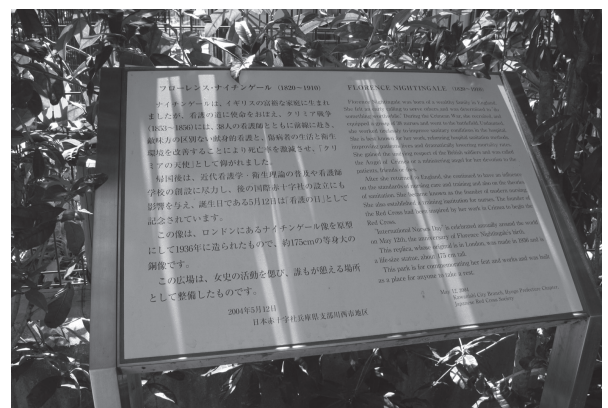


図2 フローレンス ナイチンゲール像建立の経緯
兵庫県川西市花屋敷

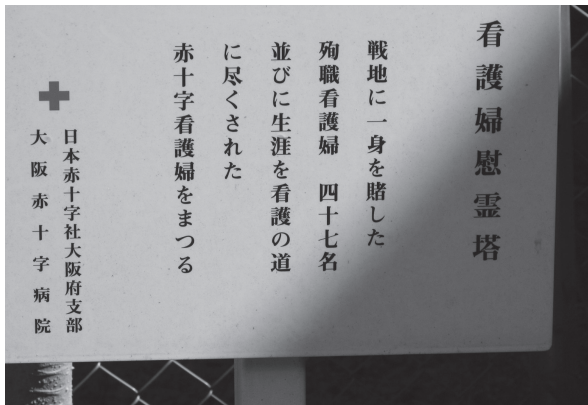


図3 看護婦慰霊碑文
兵庫県川西市花屋敷

が打たれ、この場所を選びこの像を建てている。日本赤十字に所属していた多くの看護婦は戦争への従軍によって亡くなっている。日本の国際看護は、戦争時に従軍し、兵士への看護ケアの提供によって始まっていると言えよう。また、戦争は今日、人的災害の一つとして分類されており、災害看護の始まりとされているナイチンゲールもクリミア戦争でのクスタリの病院で傷ついた兵士の看護を行い、兵士の死亡率を低下させていることと重なる。日本の国際（災害）看護は、第一次、第二次世界大戦に従軍した看護婦たちによって始まったと考えることができる。

では、第二次世界大戦後の国際活動・協力はどのように変化したのだろうか。

第二次世界大戦後（1945年以降）、日本は戦争しないという強い平和への意志をもって今日に至っている。戦後の国際活動・協力の特徴は、様々な国、地域と連携しながら看護の質を高めるために日本の看護職が派遣され、また、逆に海外の看護職を日本へ招聘し、教育や研修活動をするということが行われている。まず、1955年に結核対策指導のために中近東やアフリカ技術援助計画において看護専門職が派遣されている。1961年からは、日本赤十字社は海外技術協

力のために看護婦を派遣している。翌年には、日本キリスト者医科連盟は、ネパール、台湾、インドネシアへ看護婦を派遣し、現在もその活動は継続されている。また、その翌年には、4名の助産師がバングラデッシュへ助産師育成のために、5年間日本聖公会神愛修道会から派遣されている。さらにその翌年には、インドへ11名の看護婦を日本のアジア救済ライ協会から10年間に及ぶ支援が行われている。1960年代後半から70年代にかけては、経済的発展国であるアメリカの病院が独自に企画した交換プログラムに日本の看護婦が参加している。この時期にアメリカはベトナム戦争で、看護婦不足を補うという目的からこのプログラムが進められている。

そして、特に、国際看護活動の歴史において、日本の看護職の国際活動への増大がみられているのは「青年海外協力隊」が発足してからである。インドやアジア諸国、アフリカ、中南米、中東、オセアニアへ派遣されており、2018年9月現在、「青年海外協力隊」に参加した看護職は、2,864名である⁶⁾。さらに、特筆すべき国際協力・活動は、2017年度に活動を終えた「国際活動交流協会」の46年（1971年～2017年）にも及ぶ活動である。国際看護交流協会の当初の活動は、日本の看護職と諸外国の看護職との交流の取り組みが進められていたが、当時の厚生省からの支援事業を契機に、東南アジアの看護職を中心とした看護指導者事業が開始され、経済的開発途上国の中堅看護職を日本に招いて研修し、その研修の成果を自国に持ち帰り、自国の人々に対する看護、保健、医療、福祉の向上に役立てるという技術研修の取り組みが4半世紀にわたって行われている。1980年代初めには、JICAからの委託によって、経済的開発途上国

の看護職に対して日本における「看護管理研修」や「専門看護師」実際に学ぶ研修事業を実施している。

さらに、国際看護交流協会の活動とWHOとの健康戦略が一致するという事でWHOと共同で「幹部看護婦国際研究会」が継続されてきている。国際看護活動は、東南アジア諸国以外の西アジア、アフリカ、中南米、中東といった広範な地域からの看護職の研修受け入れへと展開がなされている。1990年代かには、JICAからの委託を受けた対象国や課題別教育・研修内容は、2000年代にはさらに拡大し、インドシナ母子保健研修、アフリカ母子保健看護管理研修、中南米病院管理研修、安全な母子保健看護管理研修、アフリカ看護教育研修、災害看護リハビリテーション研修、アフリカ地域保健能力向上研修が行われ、さらに国別の研修事業として、サウジアラビア女子看護教育研修やラオス看護行政研修、ウズベキスタン看護管理研修、モザンビーク保健人材教育、サウジアラビア救急・災害医療マネジメント研修、ガーナ地域母子保健研修、モザンビーク医療従事者学校教員指導力強化研修などの取り組みが報告されている⁷⁾。

日本の国際的な活動・国際協力の歴史的な活動を見てきたが、その活動の特徴は、次の3つの点に集約できると考えられる。まず、その一つは、日本の国際活動は、戦争により始まっていることである。戦後は、看護教育・研修を通して主に経済的発展途上国を中心に進められている。二つ目は、戦後の国際活動・国際協力の内容は、経済的発展途上国を中心にその国の人々の健康や生活の向上のために日本の看護活動として知識や技術への貢献が行われてきたことである。三つは、戦前・戦後を通して日本の

国際活動の特徴は、世界全体・グローバルな看護の側面からの取り組みによる活動内容というより、日本ともう一つの国、地域という二国間を中心として看護活動を行ってきたと言えよう。

看護専門職としてどの様な時代・社会背景の中に生きているのだろうか

ひと昔前まで私たちは外国の人たちを日常のなかで見るとは少なかった。現代では、職場や電車の中、そして、町の中で日本語以外の他言語を耳にし、外国人を見ることや話をする事は普通の社会現象になってきている。日本を含む世界の中で看護専門職を取り巻く社会環境としてどのような現実が存在しているのだろうか。

まず、観光立国を目指す方針を掲げる政府の方針は、海外からの観光客の急増化につながり、2017年は史上最大の外国人訪日数となっている。また、海外からの移住や留学、企業での仕事のための赴任、国際結婚など、外国にルーツを持つ人々と生活することはかつてないほど増加していることである。また、新たな世界の動きとして、我が国においても2009年に医療を国の観光資源として位置づけ、医療サービスを目的として海外へ渡航するという「国際医療ツーリズム」への取り組みが展開されている。医療滞在ビザ発給数は年々増加し、2017年には1,383人となっている⁸⁾。

このような社会状況において、医療機関を受診する外国人は、増加の傾向にある。外国にルーツを持つ人々が安心して医療や看護ケアを受けられる環境になっているかが求められている。医療現場においては様々な言語や慣習、文化的背景の違う患者や利用者への個別的ケアの提供は、日本のいくつかの病院では積極的な取り組み

が行われているものの、多くの病院においてケア提供や環境の整備が十分にできているとはいえない現実がある。一つの例として、著者は、2つの施設で国際活動フィールドワークを臨地での演習授業を行ってきた経験から、多言語に対する看護、介護職の外国人に対する関わり方の違いを観察することができた。

まず、一つの施設では、日本語が話せない患者・利用者の方々とのコミュニケーションをとることに対して、その国の言語でコミュニケーションのキとなる言語を調べ、紙に書き、言葉にする、IT機器を駆使してコミュニケーションをとる。勿論、すべてがうまくいかないが粘り強く関わる姿勢を感じとれた。もう一つの施設では、外国にルーツを持つ職員がいたが、看護師は、その国の人たちの受診時は、その人たちに患者対応を任せるといったものであった。確かにスムーズな対応となるかもしれない。

看護師は、言葉が分からないから助かるというものであったが、その前に、言葉が分からないということによるその患者への関わりへの諦めが存在しているように思えたことである。他言語を主とする患者への対応をどのように受け止めていくか看護職に突き付けられている課題といえるだろう。

それから、近年、日本の看護・医療・保健分野においても取り上げられるようになった「医療通訳」について、アメリカやオーストラリア等諸外国においては、外国にルーツを持つ人々の言語に対する支援として「医療通訳」制度が法的に位置付けられている。しかし、日本においては、法制化までには至っておらずNPO法人やボランティアによる対応がなされている現状であり、経済的に困難な患者はそれらを活用できない人たちがいることも現実である。

もう一つの世界的な看護職を取り巻く社会状況は、2008年にスタートした日本の二国間による経済連携協定（Economic Partnership Agreement:

EPA）である。2008年7月には、日本とインドネシア、2008年12月には日本とフィリピン、2012年には日本とベトナムとの経済連携協定が実施され、外国人看護師・介護福祉士候補生を受け入れ、2017年現在、3か国全体で4,000人を超えている³¹⁾。看護師や介護職が経済という国際的な枠組みの中に組み込まれ、専門職として仕事をするという世界的な動きが始まっているといえる。しかしながら、この経済連携協定には、一つの論点が存在する。経済連携協定によって選ばれた看護師は、自国では優秀な看護師であり、この協定によって自国ではなく他国で資格を取ることになると世界の殆どの国において看護師の不足が起こっている現実において、益々看護師不足は否めなくなることが考えられる。このように、看護師を対象とした経済連携協定によって来日し、ともに働く外国人看護師候補者について日本の看護職として考えていかなければならない課題の一つと言える。

日本を含む世界の人々の健康、生活課題として看護職に求められていること何か

世界の人々の健康や生活課題は、一つの国、地域だけで解決できない現実に直面しており、世界全体で取り組むことが求められている。看護ケアに関わるその主な健康課題は、貧困、感染症、災害、生活習慣病などが挙げられる。

世界看護師協会（ICN）の理事である金井Pak氏は、“看護が真に人々の健康を願い、社会へのアドボカシーを考えるなら、まず世界の状況を知ることが必要である。”と強調している⁹⁾。

まず、貧困については、世界の中で人々の経済格差が急速に進んでいることが報告されている。かつては、経済的に発展した日本やその他の国々においては、中流階級とされる人たちが多くを占めていたが、現代社会では、お金を持って豊かな生活を送る人々と働いても日々の暮らしが困難な状況におかれている人々との二極化が世界の中で進んでいる。いわゆる経済格差としてのスクイーズ現象である。アメリカや日本社会に見られるのは、国のGDPの半分のお金を保持しているとされる富裕層の5%によって占められ、残り95%の人々はその残りの半分を分配しており貧困化された社会が見えてくる。

貧困による人々の健康や生活への影響については、健康格差や、健康の社会的決定要因として多くの研究が国内外で発表されている。貧困によって栄養物が取れないこと、環境ストレスの高い住居、教育の機会、過酷な仕事内容、長時間労働、医療にかかることができない等、困難な暮らしが強いられることである^{10) 11)}。国際的な貧困ラインとされる1日1ドル90セントで生活している人は、世界で28億人を超え、その41%はサブサハラ・アフリカ地域に集中している。貧困は、国や男女、年代を超えて起こっている。世界の最も豊かな国々で現在、3,000万人の子どもたちが貧困の中で成長していると言われている。貧しさ故に食べることができない子どもの増加は社会問題となっており、近年、日本において取り組まれている「子ども食堂」はそのひとつである。貧困の中にある人々にとって、人間としての生きる権利が保障されているとはいえないがたい社会の現実である。

さらに、感染症は、国を超えて世界の人々に感染していくという特徴を持ち、経済のグローバル化によって、人々は様々な国を移動する時代となり、感染症の拡大は容易となった。

世界の代表的な感染症の一つが、HIV/AIDSである。世界全体でのHIV/AIDS患者は、4,000万人近い。これらのおよそ80%はアフリカ地域のHIV感染者、AIDS患者である。経済的に豊かな国の多くのAIDS患者は、開発された薬の恩恵を受けられるようになり、患者になっても長く生きることができるようになった。そして、AIDSは死の病ではなく、慢性病の一つとして位置付けられた。しかしながら、経済的途上国の国においては、充分開発された薬の服用はできていない現実がある。

アフリカ中央共和国で長い間、AIDS患者のための診療所を作り、患者やその家族のために、医療的ケアや経済的なケア、社会的なケア、女性の自立へのケア、子どもの教育支援に長い間支援を行われている看護職の徳永瑞子氏は「エイズ患者に寄り添って－国際医療の現場から」と題するDVDを作成されているがその中で、HIVの感染拡大の主な要因は貧困である。貧しさ故に、女性たちは、1回の性を売って100円を稼ぎ、100円で1本10円のフランスパンを10本買って生活をしのいでいる。このような生活によってHIV感染者となり、さらに貧しい状況におかれてしまう。徳永氏は、彼女たちにとって2年後3年後のことなど考えることはできない。毎日毎日をどう生きるかが重要なのだと。また、カポジ肉腫を発症しているAIDS患者を前に“彼は、貧しさ故に抗レトロウイルス薬を飲むことができない。経済的に豊かな国の患者はここまで病気が悪化することはないでしょう。”“貧しさとは、人間の生きる権利が奪われていることなのです。また、ここアフリカでは、毎日AIDSで亡くなっているが世界のニュースにはならない。AIDSは、音のない戦争である”と。

経済的途上国において今なお、AIDSは急性期

の病であり、死の病なのである¹²⁾。

もう一つの世界の主要な感染症に結核がある。かつて結核は、世界的に減少傾向にあったが、今日、結核患者は広がりを見せ、結核は世界の10大死因の一つになっている。1,040万人が結核に罹患し、180万人が結核で亡くなっている（2015年現在）。結核による死亡の95%は、低所得国と中所得国で起こっている。また結核は、HIV感染者の死亡の主な原因となっておりHIV感染者の死因の35%を占めている。子どもの結核においては、推定で100万人が発症し、17万人が結核で死亡していることが報告されている（WHO 報告書、2016）¹³⁾。結核予防への取り組みは、世界の主要な健康課題となっている。

その他の世界的な感染症は、世界で年間3億から5億の罹患者と200万から300万の死者を生み年々増加傾向にあるマラリアや近年アフリカを中心として患者が急増し、医療職の感染も社会的な問題として取り上げられているエボラ出血熱や北半球の熱帯・亜熱帯での患者の増加が見られていたが、近年、日本でも患者が発生しているデング

熱、また、アジア、アメリカ、アフリカ、太平洋で感染が発生し、特に妊婦が感染すると小頭症の子どもの出産が高いとされるジカ熱そして、感染力が高く、多くの人々を急速に巻き込んでいく新型インフルエンザなど新たな感染拡大が起こっている。

次に、人々の生活習慣によって生じる生活習慣病が世界の健康課題として報告されている。その現状は、世界全体で、6億人の成人が過体重（BMIが25～30以上）で、3億3,000万人程、1億6,000万の子どもが過体重的ないし肥満となっている。そして、生活習慣病による年間死亡者数は3,600万人、2030年には5,500万人へ増加していくことが報告されている（WHO 保健統計、2012）。生活習慣病による死亡で割合が高いのは、「心疾患」（48%）で、次いで「がん」（21%）、「慢性呼吸病」（12%）でWHOは、2030年には心疾患による年間死亡者数は2,500万人、がんによる死亡者数は、1,300万人に増加していくと予測している。表1に示すように、地域別主要死因の割合を見ると世界の中でも低所得国より高所得国、中所得

表1 世界の地域別主要死因の割合

世界 (%)	低所得国	中所得国	高所得国
1. 虚血性心疾患 12.8	下気道感染症 11.3	虚血性心疾患 13.7	虚血性心疾患 11.3
2. 脳血管疾患 10.8	下痢性疾患 8.2	脳血管疾患 12.8	脳血管疾患 8.2
3. 下気道感染症 6.1	HIV/AIDS 7.8	COPD 7.2	気管支・肺がん 7.8
4. COPD 5.8	虚血性心疾患 6.1	下気道感染症 5.4	認知症 6.1
5. 下痢性疾患 4.3	マラリア 5.2	下痢性疾患 4.4	下気道感染症 5.2
6. HIV/AIDS 3.1	脳血管疾患 4.9	HIV/AIDS 2.7	COPD 4.9
7. 気管支・肺がん 2.4	結核 4.3	交通事故 2.4	大腸・直腸がん 4.3
8. 結核 2.4	早産低体重児 3.2	結核 2.4	糖尿病 3.2
9. 糖尿病 2.2	新生児仮死分娩外傷 2.9	糖尿病 2.3	高血圧性疾患 2.9
10. 交通事故 2.1	新生児感染症 2.6	高血圧性疾患 2.2	乳がん 2.6

出典: WHO Fact Sheet No.310. The top 10 causes of death

得国にこれらの生活習慣病に起因する死が起こっていることが特徴であると考えられる¹⁴⁾。

次に取り上げる世界の健康や生活課題につながるものとして災害が挙げられる。

災害は世界のあらゆるところで起こっている。特に、世界で起こっている自然災害の80%は、アジアで発生し、そのうちの20%は日本で起こっている。災害は、突然に人々の日常生活や暮らし、健康に大きなインパクトを与えていく。家族や親しい人たちを失うことや家や住んでいる地域の喪失、仕事を失い生活が破壊されていくという現実¹⁴⁾に立たされる。

災害による生活や暮らしの破壊は、災害から生き延びても病気を持った人や無職の人たち、一人暮らしの人々の孤独死や自殺者を増加させている。さらに、特筆すべきことは、1996年から2015年の20年間に世界を襲った自然災害7,056件の分析結果は、135万の死者数となり、その9割は中・低所得国に集中している。災害に対する脆弱性が明らかである。貧困な人々は、災害で被害を受けることで、さらに貧しさが深まり、困難な暮らしが強いられ、心身のストレス状況下に置かれるという負の連鎖を作り出す。災害は、健康格差や経済の格差を加速させていくという社会状況を生み出し、その中で被災した人々は生きることの困難さを強いられることが多い。それは、被災によって複合的な被害を受け、日常の生活に戻ることや健康を保持するために長い復興への道のりを歩ませることになってしまう。

そして、大災害は、経済的発展国であっても経済的発展途上国であっても一つの国、地域だけで復興させることは難しい。世界の看護職の連携による支援活動は必須なことである。

看護職の災害支援に関する世界的な動きとして、ICNは世界で起こった大災害に対して具体的

な支援行動がなされていることや日本においてはJICAの海外災害緊急援助隊のメンバーとして看護職の専門性を活かした災害看護支援として大きな役割を果たしている。さらに、アジア地域の看護職を対象にアジア災害看護フォーラムが開催され、世界全体を対象とした、世界災害看護学会が阪神・淡路大震災の被災地である神戸で2010年に開催されるなど世界の災害看護専門職を巻き込んだ学会である。この世界災害看護学会は、2年毎に開催され今日まで継続されている。災害看護を通して世界の看護職が集まり、災害看護教育、研究、実践について学術的な検討が図られている。

最後に、健康や生命に関わるものとして、健康の指標とされる平均寿命がある。世界の人々の平均寿命を見ていくとそこには生命の格差がある。世界の長寿国の第一位は、日本で男女平均寿命は84.2歳、次いでスイスの83.3歳、スペインの83.1歳と続く、一方、世界の短命国は、レソトの52.9歳、中央アフリカ共和国の53.0歳、シェラレオネの53.1歳と続く。このように、世界の平均寿命は、経済的発展国の人々は寿命が長い傾向にあり、経済的途上国の人々は寿命が短い現実がある。特に、アフリカや中央アジアの国々は、平均寿命の短さが特徴である。また、平均寿命と看護職者の数との関係において、人口1万人に対する看護者の数がすくないほどその国の平均寿命は低いという報告がなされている。前述の平均寿命、健康寿命の短いアフリカや中央アジアの国では看護職の数は少ない現状にある¹⁵⁾。

世界の人々の生命・健康・暮らしの課題解決のために国際機関が掲げる目標

1) 持続可能な開発目標

(Sustainable Development Goals: SDGs)

持続可能な開発目標（SDGs）は、人間の尊厳を奪う貧困へのグローバルな取り組みとして2000年にスタートしたミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）の取り組み評価を受けた後継となる目標である。ミレニアム開発目標は、経済的発展途上国に向けて8つの目標を設定している。貧困・飢餓、初等教育、女性、乳幼児、妊産婦、疾病、環境、連帯をキーワードとしている。SDGsは、2015年から2030年までに次の17の持続可能な開発目標を達成することを打ち出している。貧困、飢餓、保健、教育、ジェンダー、水・衛生、エネルギー、静聴・雇用、イノベーション、不平等、都市、生産・消費、気候変動、海洋資源、陸上資源、平和、実施手段と幅広い開発目標が設定されているのが特徴である。すべての開発目標は何らかの関連性があるが、人々の健康や生活に関わる看護職にとって健康や教育、人権、資源、平和といった開発目標への取り組みが求められている¹⁶⁾。

2) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

Universal Health Coverage (UHC)

WHOを中心に取り組みが進められている、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）とは、すべての人々が医療費によって経済的に困難な状況に直面しないように必要とする医療サービスが受けられることと定義している。そして、すべての人々が、支払い能力に関係なく、公平に保健医療サービスを享受できること、

サービスの質が適切であること、医療費の支払いによって、人々が経済的困難に陥ることが無いような財政措置を講じることとしている。

3) 人間の安全保障

2003年に国連の人間の安全保障委員会によって提示された「人間の安全保障」とは、世界で起こっている暴力や紛争の危機に立ち向かうために、個人や社会を保護するとともに人々が自らの力で生きていけるようにその能力を高める政策と制度が必要であるという考えのもとに打ち出された。「人間の安全保障」の考え方の特徴は、人間自身に内在する強さと希望に拠って立ち、死活的かつ広範な脅威から人々を守ること、人はだれでも性別、宗教、国籍、人種等問わず、個人が持つ可能性を最大限に発揮できる機会を保障されるべきであり、それが人類の発展を支えてきたということ、そして、「恐怖からの自由」と「貧困からの自由」そして、自身のために行動する自由を柱として、経済、食糧、健康、環境、個人、地域社会、政治からの安全保障が人間開発にとって重要であることを示している。また、「保護」と「能力強化」（エンパワーメント）は、こうした目的を達成するための総合戦略であり、特にすべての人々が受けることが出来る教育は人間の安全保障を強化する対策であると強調している¹⁷⁾。この人間の安全保障の概念は、国連の「仙台防災枠組み」の中にも組み込まれている。

「持続可能な開発目標-SDGs」、 「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ-UHC」、 「人間の安全保障」のこれらの3つの目標が達成されるためには、お互いにオーバーラップした活動を展開しながら、世界の人々の健康、生活、生命、人権、平和等の課題解決に対応していくことが求

められていると言える。

世界・地球市民として日本を含む，世界の 人々の健康や生活課題を解決できる看護職 をめざして

グローバル社会は何を看護職に求めているのだろうか。一人の看護職として，様々な世界の健康課題に向き合い行動を起こしていくための前提となるものは，対象となる国・地域・民族の歴史，文化，政治，経済，社会システムなどを総合的に理解したうえで，人々の健康と看護の質の向上を進めていくことが看護のポイントとなる。そして，どこにいても，だれを対象としていても，その相手を世界から切り離された個人として対応するのではなく，世界の人びとが何らかの形でつながっているのだというということ。そして，看護専門職として世界の健康課題を知り，理解し，看護実践へとつなげるためには，そのことを自分に引き寄せて考え行動できるかどうか問われることとなる。つまり，遠い国の出来事ではないのだという実感や地球市民・世界市民の一人としての看護職としての意識と行動が求められていると言えよう。

そして，先に述べた国際機関の提唱する世界の人々の健康課題の解決に向けて国連の持続可能な開発目標（Sustainable Development, WHOのGoalsやユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage）, 国連の提唱する人間の安全保障の内容の理解やどのように看護活動と関連づけ，看護実践ができるか明確化できることによって世界の人々の健康へ看護専門職としての貢献ができると考える。

さらに，世界的な健康や生活課題の取り組みにおいて，看護職に求められるものに，多様な文化

に対する理解がある。看護研究者のレイニンガーは，「文化とはある特定集団の施行や意思決定によるパターン化された行動様式を支配する，学習され共有され，伝承された価値観，信念，規範，生活様式を意味する」と説明している¹⁸⁾。柳澤は，文化には目に見える文化（食べ物，服装，言語，音楽，儀式など）と目に見えない文化（価値観，信念，慣習，時間感覚，意思決定様式など）があり，人は目に見えない文化によって目に見える部分の人々の行動を方向づけ，「意味」をもたらしているのだと言う¹⁹⁾。このように，個人や集団は，固有の文化をもっているということである。

しかしながら，21世紀に入り経済のグローバル化は，人々が国と国との移動や移住するという社会現象を生んでいる。自分の国の固有の文化を生きることが難しい時代と言える。現代社会において大切なことは，すべての文化は，尊いもので文化間に優劣はないとする考え方（文化相対主義）に立ち，私たち看護者は，異なる文化的背景を持つ一人一人に対して関心と尊敬の念をもって生きるという姿勢を持ち続けることが求められていると言えよう。

また，私たちは，自分の文化は教育や環境，伝承によって，自分の価値観や信念，慣習，生活様式，生き方としてどのように学習し，内面化しているのか，つまり，自分の中の文化（自文化）を理解することによって，様々な文化的背景を持った人々との文化の違いを学ぶことを可能にするだろう。

そして，世界的な健康や生活課題を解決をしていく上で看護の基盤や重要となる看護の考え方の前提となるものとして看護職に求められるものに，人間に対する倫理的な側面がある。過去の様々な人間に対する倫理的な諸問題を通して，国際機関は規範や規律，憲章を創設して人間の尊厳

や人権を守るための活動を行ってきた。

現代社会において、すべての人々が、尊厳をもって健康で自分らしく自分の人生を生きることが保障されているだろうか。ここでは、世界人権宣言、WHO憲章、国際看護師協会の看護師の倫理綱領、人間の安全保障、について概観してみたい。

国連による「世界人権宣言」の第1条には、自由平等について述べられており、第2条の1項は「すべて人は、人種、皮膚の色、性、言語、宗教、政治上その他の意見、国民的若しくは社会的出身、財産、門地その他の地位又はこれに類するいかなる事由による差別をも受けることなく、この宣言に掲げるすべての権利と自由とを享有することができる」とすべての人間は平等であるのだということを宣言している。また、世界人権宣言（第25条）の健康に関わることとして、第1項「すべて人は、衣食住、医療及び必要な社会的施設等により、自己及び家族の健康及び福祉に十分な生活水準を保持する権利並びに失業、疾病、心身障害、配偶者の死亡、老齢その他不可抗力による生活不能の場合は、保障を受ける権利を有する」。第2項「母と子とは、特別の保護及び援助を受ける権利を有する。すべての児童は、嫡出であると否とを問わず、同じ社会的保護を受ける」と述べられており、人々の健康に関わる看護者は、これらを保障していく役割と責任が課せられていることを理解し、看護活動に携わっていくことが求められていると言える。

次に「WHO憲章」の第1条では、「健康は、人種、宗教、政治的信条、経済的あるいは社会的状態に関わらず、すべての人の基本的権利である。」つまり、健康はすべての人の基本的権利であることを強調している。看護者として、看護の対象者は健康であることの権利を持った人である

こと理解し、健康の回復や維持増進を図ることが求められている。

世界看護師協会（ICN）の「看護師の倫理綱領」の全文には、「看護には、生きる権利、尊厳を保つ権利、そして敬意をもった対応を受ける権利などの人権を尊重することが、その本質として備わっている。看護ケアは、年齢、皮膚の色、信条、文化、障害や疾病、ジェンダー、国籍、政治、人種、社会的地位を理由に制約されるものではない。」としている。

このように、国際機関によって人間の基本的権利について示されているが、これらは、十分保障されている国際社会となっているだろうか。看護職は、常に注視していかななくてはならない。戦争や難民、貧しさによる教育を受ける機会がない子どもたち、失業など挙げるときりがないほど生きることに困難な現実がある。

しかし、このような現実を変えていこうとする若い女性の存在は、私たちに勇気を与える。マララ・ユサフザイさんは平和、教育、平等という目標を達成するためにタリバンと戦い、17歳でノーベル平和賞を受賞し、現在、21歳の若き女性である。2013年にマララさんは、国連本部で国連事務総長のパン・ギムン氏をはじめ国連関係者を前に力強いスピーチを行っている。そのスピーチの内容は、女性の権利と女兒の権利を中心にした話の内容である。世界の指導者へむけてあらゆる和平協定は、女性と子どもの権利が守られるものとする、全世界のすべての子どもに無償の義務教育を与えること、テロや暴力の危害から子どもたちを守ること、そして先進国に対し、経済的途上地域の女兒教育の機会拡大を支援するよう呼びかけている。最後に、何百人もの人々が品行、不正、無知に苦しんでいることを忘れてはならない。何百万もの子どもたちが学校へ通えていない現実を

忘れてはならない。平和な未来を待ち望んでいることを忘れてはならない。そのためには、本とペンを手に取り、貧困やテロ、無知に戦っていくこと「一人の子ども、一人の教師、1冊の本、そして1本のペンによって世界は変えることができるのだと」。教育以外に解決策はなく、一人一人が勇気をもって、自分の強さを認め、その力を最大限発揮することが必要であると強調している²⁰⁾。

グローバルヘルスと看護教育を考える

看護教育として、どのようにグローバルな視点に沿った看護職を育てられるかは、看護職への社会的要請に具体的に看護ケアを通して応えることができるかどうか重要な教育のポイントとなる。ここでは、グローバルヘルスや国際看護教育の特色、国際看護テキストや参考書の特徴、国際看護活動としての留学に関して、国内における世界的な看護活動の取り組みについて話を進める。

まず、グローバルヘルスや国際看護教育の先駆的な取り組みの始まりとして、聖路加国際大学は、1996年から看護学部生に看護ゼミや総合実習、総合看護の中で国際看護として開講しており、また、2005年には、大学院で国際看護学を一つの看護専門領域として大学院生の受け入れを行っている²¹⁾。

2011年の保健師助産師看護師学校養成指定規則の指導要綱の中に「国際看護学」が「看護の統合と実践」として教育カリキュラム内容に位置づけられるようになり、多くの看護系大学において「国際看護学」として教授されるようになったが、教授できる教員は不足している現状がある。

また、グローバルヘルスをタイトルとするテキストは見当たらず、殆どが「国際看護」としてタイトル化されている。「国際看護」の本の著者ら

の背景の多くは、青年海外協力隊やJICAの専門家としての経験、外国にルーツを持つ人たち、海外留学を背景に持つ人たちによって書かれており、著者らの背景によって内容の重点の置き方の異なりも存在する。

さらに、グローバルヘルス看護や国際看護ケアにおいて、文化的配慮は看護ケアにおいて欠かすことのできない課題であるが、文化に対して踏み込んで書かれたテキストは少ない。アメリカでは、看護ケア提供にあたっては、患者や利用者の文化的配慮が重要視されている。看護の各専門領域のテキストのはじめには、文化に関する章が設けられている。

そして、2017年文部科学省高等教育局医学教育課によって「看護教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の習得を目指した学修目標～」について報告書が出された。各看護系教育機関においては、この報告書を基に、新たなカリキュラム策定への取り組みが進められている²²⁾。この看護学教育モデル・コア・カリキュラムの内容をグローバルヘルス看護の視点でみてみると、「国際社会・多様な文化における看護職の役割: 国際社会・多様な文化における看護職の役割について学ぶ」ともう一つは、「国際社会と看護: 国際社会における保健・医療・福祉の現状と課題を学ぶ」が示されている。統合科目としての「国際看護学」であると考えた時、すべての専門看護領域に関わってくるという位置づけや示し方が弱いように思われる。世界の社会情勢を鑑みた時、グローバル（地球規模）や世界全体としての視点、位置づけを明確にすることでより広く世界の人々の健康や生活課題は見えてくるのではないだろうか。

次に、海外留学、研修に関することであるが、蛭田らは、「看護基礎教育における国際看護学教

育プログラムの開発に関する研究」として全国の国際看護教育の実態調査において、海外研修は「国際看護」を理解するうえで学習効果の高い方法であると結論づけている²³⁾。確かに海外という違った文化や環境は学生の学びや視野を深めていくことができる点は理解できる。しかし、各大学において海外への留学や研修に行くことができる学生は、わずか数パーセントであるといわれており、95%程の学生たちはそのような機会や経験をすることができないのが現状である。このような現状にどのように対応できるのかが各大学に問われていると言える。著者が所属する姫路大学では、大学の中の国際化を推し進めていくことに重点を置いた取り組みを行っている。例えば、「国際活動ランチタイム」と称してお昼休みに、外国を訪問した学生、事務職員、教員による報告会を開催している。外国語にたけている事務職員、外国にルーツを持つ学生や地域の住民によって様々な国の言語や文化について楽しく学ぶ「多言語ランチタイムカフェ」を開催している。

グローバルヘルスケアの科目では、授業の一部として、国際機関（WHO神戸センター、JICA関西等）訪問研修や大学への招へい研修といった方法により国際的な理解を深めている。国際活動フィールドワークや統合実習の場を在日の方達が利用しているデイサービスや小規模多機能型居宅サービスグループホームで実施している。国内の国際的な看護、保健、医療、福祉に目を向けると身近なところで国際的な看護活動が展開できることを教えてくれる。

グローバルヘルス看護学の学問構築にむけて

最後にグローバルヘルス看護学の学問構築について論じて見たい。グローバルヘルスケアや国際

看護学は他の看護専門領域と比べ、まだ若い看護専門領域であり、これからさらに成長していく可能性を持った学問と言える。グローバルヘルス看護学の学問構築を進めていく上で重要な考え方として、グローバルな視点-教育研究、未来へ向けての展望、看護専門職として一人の人間として生きるという事を基軸として地球市民としての存在は重要な要素となると考えることができる。以下にもう少し具体的にいくつか述べてみたい。

まず、一つ目は、研究者・教育者・看護実践者として、何故、グローバルヘルス看護や国際看護に関心を持ち取り組むのか、これらに対して自分が拠って立つその学問に対する哲学は何かを深く問い、自分の中にそのことの答えを見出していくこと。そして、それを具現化・行動化していくことによって看護専門職としての自分自身の質的な変化に気づくことができるのではないかと考える。

二つ目は、グローバルヘルス看護や国際看護は、2011年に指導要綱の中に「看護の統合と実践」の教育内容として「国際社会において広い視野に基づき、看護師として諸外国との協力を考える内容」を含むことが打ち出され、看護教育の中で国際看護の科目として教育されるようになった経緯がある。グローバルヘルス看護や国際看護に関心を持つ若い教育、研究、実践者の育成の取り組み強化が求められていると言える。

三つ目は、グローバルヘルス看護や国際看護に携わっている看護職や関心を持つ看護職の経験や知識を統合させ包括的なグローバルヘルス看護のテキスト作成やグローバルヘルスケアに関わる用語の検討を進めていくことが求められている。これらを進めるにあたっては、日本の中で国際的な活動をしている「日本国際看護学会」や「国際看護研究会」の存在は大きい。

四つ目は、世界的なレベルでの看護の共同研究を推進させていく取り組みである。ここでは、21世紀を充分担っていく若い看護学生、特に大学院生を巻き込んだ共同研究を進めていく。世界の看護師たちとの連携によって共に、看護の質を高めることに参画することで、グローバルな視点から看護を考え、実践できる人の育成につながる事が期待できる。

五つ目は、世界レベルでの看護学会をさらに推し進め、社会的な看護への要請に関わる研究課題に世界の看護職と共に取り組み、発表し、それらを共有して世界の健康、生活課題への具体的に取り組む行動につなぐ活動を通して世界的なレベルの看護の向上が図れる。また、グローバル(グローバル・ローカル)な考え方も育む機会となり得る。そして、日本初の世界レベルの看護学会の代表的なものとして、2010年に発足した「世界災害看護学会」や2009年に発足した「世界看護科学学会」があり、現在も継続され、世界の看護職が参加し今日的な看護上の課題について共有し、議論がなされている。

最後は、世界レベルでの学術雑誌の存在である。学術論文は、国や地域を超えて看護について学べる宝庫である。何が研究としてその看護について解決しているのか、していないかを見分ける貴重な看護の基礎資料となりえる。自分の看護研究の成果を社会に提示できる場や機会であると考えることが出来るのではないだろうか。

終わりにあたって、グローバルヘルス看護について書かせて頂いたが、中身にあってはグローバルヘルス看護について充分書ききったとは言えない。次の宿題としたい。もし、何かをスタートさせて頂く上でのたたき台として、お役に立てるとしたら、大変うれしい。

謝 辞

世界的な視点での看護(教育)について考える機会を下さった、郷間看護学研究科論究委員長はじめ委員会の皆様に心から感謝を申し上げます。

引用・参考文献

- 1) Marmot, Michel: The Health Gap-The challenge of an unequal world. Bloomsbury, Great Britain, 2015.
- 2) Marmot, Michel and Wilkinson, Richard, edit. : Social Determinant of Health. Oxford University Press, New York, 1999.
- 3) イチロー・カワチ: 命の格差は止められるか - ハーバード日本人教授の世界が注目する授業. 小学館新書, 東京, 2013.
- 4) Wilkinson, Richard: Unhealthy Societies-The afflictions of Inequality. Routledge, London, 1996.
- 5) 田村やよい: 国際看護学- 看護の統合と看護実践. メヂカルフレンド社, 東京, 2012.
- 6) JICA: JICA ボランティア事業実績/派遣実績. <https://www.jica.go.jp/volunteer/>, 2018年12月8日 アクセス.
- 7) 公益財団法人国際看護交流協会: 看護の国際協力 - 46年の記録. 国際看護交流協会, 2017.
- 8) 外務省: 「平成29年(2019年)ビザ(査証)発給統計」. 外務省, <https://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/tokei/hakkyu/index.html>, 2018年12月8日 アクセス.
- 9) 西川まり子 監修: 目で Vol. 3, 見る国際看護 - グローバルヘルスに関する国際機関. 医学映像教育センター, 2012.

- 10) マイケル・マーモット著, 栗林寛幸, 野田浩夫訳: 健康格差 - 不平等な世界への挑戦. 日本評論社, 東京, 2017.
- 11) Marmot, G. Michel: The health gap: health equity through action on the social determinants of health. グローバルヘルス合同大会2017プログラム, P. 98, 2017.
- 12) 徳永瑞子: エイズ患者に寄り添って - 国際医療の現場から. DVD, 紀伊国屋書店, 東京, 2006.
- 13) WHO: WHO fact sheet- Tuberculosis. 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html>. 2018年12月10日アクセス.
- 14) WHO: WHO Fact Sheet . The top 10 causes of death. WHO, No. 310, 2011.
- 15) 経済産業省: 平成28年度医療技術サービス拠点化促進事業 - 医療国際展開カントリーレポート・充てん国の基礎データ比較. 経済産業省, 2017.
- 16) Skolnik, Richard, 木原正博, 木原雅子監訳: グローバルヘルス - 世界の健康と対処戦略の最新動向. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2017.
- 17) 人間の安全保障委員会報告書: 安全保障の今日的課題. 朝日新聞社, 東京, 2003
- 18) マデリン M.レイニンガー (著), 稲岡 文昭 (翻訳): レイニンガー看護論—文化ケアの多様性と普遍性. 医学書院, 東京, 1995.
- 19) 柳澤理子, 編著: 国際看護学 - 看護の統合と実践 開発途上国への看護実践を踏まえて. PILAR Press, 東京, 2015.
- 20) 国際連合後方センター: マララ・ユサフザイさんの国連本部でのスピーチ(2013年7月12日, マララ・デー). 2013.
- 21) 田代順子: グローバルヘルスニーズの変遷と日本の国際看護を拓く. 聖路加看護学会誌, 16 (1), 2012
- 22) 文科省高等教育局医学教育課-大学における看護系人材養成のあり方に関する検討会: 学士課程においてコアとなる看護実践能力の修得を目指した学習目標. 2017. 10.
- 23) 蛭田由美, 久保宣子, 山之内靖子: 看護基礎教育における国際看護学教育プログラムの開発に関する研究 - 我が国の大学看護学科における国際看護学教育の実態. 八戸学院大学紀要, 54, 2017.
- 24) Berkman, Lisa and Kawachi, Ichiro, edit. : Social Epidemiology. Oxford University Press, New York, 2000.
- 25) Wilkinson, Richard and Marmot, Michel, edit.: Social Determinant of Health-The Solid Facts. World health Organization Regional office for Europe, 2003.
- 26) Bhopal, Raj: Concepts of Epidemiology- An integrated introduction to the ideas, theories, principles and methods of epidemiology. Oxford University Press, New York, 2002.
- 27) 久保宣子, 山野内靖子, 蛭田由美: 文献から考察する看護基礎教育における国際看護学教育の現状. 八戸学院短期大学研究紀要, 42, 69-79, 2016.
- 28) イチロー・カワチ: 命の格差は止められるか - ハーバード日本人教授の, 世界が注目する授業. 小学館新書, 東京, 2013.
- 29) アマルティア・セン, 東郷えりか訳: 人間の安全保障. 集英社新書, 東京, 2006.
- 30) 池上 彰: 世界から格差がなくなる本当の理由. SB新書, 東京, 2017.
- 31) 丸井英二, 森口育子, 李 節子: 国際看護・国際保健. 杏林社, 東京, 2012.

- 32) 近藤真理: 知って考えて実践する国際看護.
第2版, 医学書院, 2018.
- 33) 一戸真子: 国際看護 (言葉と文化を超えた看護の本質を体現する) Basic & Practice - 看護学テキスト 統合と実践. Gakken, 東京, 2016.
- 34) 中越利佳, 森久美子, 田中裕子, 野村亜由美, 城宝環: わが国の看護基礎教育における国際看護教育の現状と課題. 愛媛県立医療技術大学紀要, 11 (1), 9-13, 2014.