

日本赤十字九州国際看護大学学術情報リポジトリ

タイトル	バンダアチェにおける看護の実態：日本赤十字社復興支援としてのバンダアチェでの災害看護教育導入への補完的研究
著者	大塚邦子, 本田多美枝, 岡村純
掲載誌	日本赤十字看護学会誌, 8(1) : pp 90-96.
発行年	2008.03
版	publisher
URL	http://id.nii.ac.jp/1127/00000339/

<利用について>

- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの著作権は、執筆者、出版社(学協会)などが有します。
- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用などの範囲内で行ってください。
- ・著作権に規定されている私的使用や引用などの範囲を超える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。
- ・ただし、著作権者から著作権等管理事業者(学術著作権協会、日本著作出版権管理システムなど)に権利委託されているコンテンツの利用手続については各著作権等管理事業者に確認してください。

資 料

バンダアチェにおける看護の実態
－日本赤十字社復興支援としてのバンダアチェでの
災害看護教育導入への補完的研究－

大塚 邦子, 本田 多美枝, 岡村 純, 松尾 和枝,
高橋 清美, 孫田 千恵, 本田 由美

The Actual Conditions of Nursing Practices in Banda Aceh :
Complementary Study for the Japanese Red Cross Society
－Banda Aceh Disaster Nursing Education Introduction Project

OTSUKA Kuniko, HONDA Tamie, OKAMURA Jun, MATSUO Kazue,
TAKAHASHI Kiyomi, MAGOTA Chie, HONDA Yumi

キーワード：バンダアチェ、看護師、援助行為、災害看護教育

Key Words : Banda Aceh, Nurse, Nursing Practices, Disaster Nursing Education

要旨

インドネシア共和国ナングロ・アチェ・サラーム・バンダアチェにおいて、看護専門学校が看護教育に災害看護教育を導入するに当たり、その支援を適切に行うための資料を得ることを目的として、現地の看護の実態調査を行った。調査は、バンダアチェに所在するA病院外科病棟に入院している患者及び患者に関わる全ての援助者を対象とし、2006年から2007年にかけて計4日間、参与観察により実施した。

災害看護教育導入支援計画作成に当たって、留意すべき以下の点が明らかとなった。①災害時急性期のトリアージに必要とされるフィジカルアセスメント技術の修得を図る②災害看護に限定した知識技術支援のみではなく、感染防止や安全・安楽の視点等の看護の基本的知識・技術の確認を行う③看護師として主体的な判断と行動をとることの必要性についての理解を得る④バンダアチェの医療看護の目指すべき方向を踏まえる。

I. はじめに

日本赤十字社は、2004年12月にスマトラ島沖で発生した地震による津波災害復興支援事業の一つとして、インドネシア共和国ナングロ・アチェ・サラーム・バンダアチェにおいて、国立1・州立1・私立1校およ

び、バンダアチェに隣接するアチェベサル県にある私立1校、計4校の看護専門学校に災害看護教育を導入するための援助を行うことを決定した。

本大学は、初期の現地調査から計画立案及び実践に関わることとなった。しかし、現地の看護の実態についての情報は殆んどないため、災害看護教育支援の実施

にあわせて、現地の看護の実態を把握し、上記支援活動にフィードバックする目的で以下の研究を意図した。

Ⅱ. 研究目的

災害看護教育を受けた卒業生の就業場所の一つであるA病院の看護現場を調査し、看護の実態を把握することにより、支援対象の4看護専門学校での災害看護教育に裨益すること、及び看護教育と実践の場の連携を可能にすること、更に看護現場で新たな災害看護活動への動機付けを行うことである。本稿では、看護専門学校の災害看護教育導入支援に当り考慮すべき点を検討することを目的とする。

Ⅲ. 研究の意義

本研究を実施することにより、以下の寄与が期待できると考える。すなわち、バンダアチェでの災害看護導入支援が紛争および災害被災地の復興における日本赤十字社看護介入の先駆けであり、その事業との連携により、赤十字の人道の理念に基づく新たな看護介入のあり方を提言することができる。また、これまで実態が明らかでなかったバンダアチェの看護の実態が把握される。本研究は、看護実践分野における調査であるが、本社の看護教育支援と連携することにより、当地域の保健医療サービスの質向上を促進する。くわえて、現地看護人材との連携を通じて看護者のみならず、看護の対象すなわち地域住民との適切な接触を通じて、大自然災害およびpost-conflictの地域における人間の安全保障にも貢献できる可能性がある。

Ⅳ. 研究方法

A. 研究対象

場の特徴・状況：今回調査対象としたA病院は、ベッド数350床（津波災害によりベッド数を一時削減している）、診療科は、内科・外科・小児科・産科・混合科であり救急外来やICUを有している。A病院は地域の基幹病院としての役割を担っていると同時に、3看護専門学校卒業生の主要な就職先である。ICUと手術室には、日本の援助により日本で研修した看護師が1名ずつ勤務している。医師は106名であるが、常勤医師は少なく、必要時来院するシステムをとっている。看護師の定員は361名であるが、津波により50名死亡した。欠員看護師の補充は2006年になってようやく行なわれた。

調査対象：調査対象は観察を許可された病室に入院している患者およびその患者に関わる付き添い、病院職員の全てである。調査対象病棟として男性・女性外科病棟を選択した。外科病棟を選択した理由は、災害

看護との関連性が深く、且つ、処置が多様で、看護師の技術的実践を多く観察できると考えたからである。

B. 方法

1. 参与観察

参与観察は本学の教員7名（男性1名、女性6名）で行ない、病室内の邪魔にならない場所に腰を下ろし、意見を述べたりケアに参加したりせずに、観察に徹した。男性は男性病棟、女性は女性病棟に分かれて、各々が観察許可を得た1病室を担当した。本調査では看護の実態把握を目的としていることから、観察病室の患者に対し行われる全ての援助行為および行為者を観察し記録した。調査に当たっては、男性・女性病棟其々に状況説明や質問に対応するために日本語を話す看護師に通訳を依頼した。

2. 聞き取り調査

a. ナースステーションで、対象となる病室の患者情報（病名、年齢、行われている治療・処置、入院期間など）を収集した。

b. 病棟管理者より、観察を許可された病室の担当看護師に関する情報（卒業した看護教育施設、勤務経験年数、年齢など）を得た。

C. 援助行為の分類

実態調査を行うに当たり研究者間での共通認識を図ると同時に数名の援助者の観察を可能にする等の目的により、チェックリスト方式で記入できる用紙を作成した。援助行為分類表は「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」（平成14年看護学教育の在り方に関する検討会報告，2001，p.17）に示されている看護基本技術の学習項目を参考として作成したものであり、分類過程で分類不能な行為があった場合は、各自抜き出しておいて再度検討を繰り返し、最終案を作成した（表1）。

D. 看護の質の分析

調査3日目が終了した時点で、看護師により実施された援助行為について、看護の必要性を判断する上で必須となるアセスメント能力、看護技術の基本原則である安全・安楽等の視点から検討した。調査4日目はその行為を重点的に観察し、看護の質的問題の原因および誘因について検討した。

E. 調査時期・期間

2006年11月1日・3日、2007年1月9日・11日の合計4日間、午前8時から午後2時の時間帯。

V. 倫理的配慮

病院長・看護部長に対し、口頭および文書にて今回

表1. 援助行為分類表

技術コード	具体的行為
A 環境調整技術	療養生活環境調整(温・湿度、換気、採光、臭気、騒音、病室整備)、身の回りの調整(ベッドの高さ調整、ベッド周囲の環境調整)、ベッドメーカー、リネン交換
B 食事援助技術	食事介助、食事セッティング、補食介助、水分補給、経管栄養法、栄養状態・体液・電解質バランスの査定、配膳・下膳、食事の促し
C 排泄援助技術	自然排尿・排便援助、摘便、おむつ交換、失禁ケア、膀胱内留置カテーテル法、浣腸、導尿、排尿困難時の援助、ストーマ造設者のケア、排尿の処理
D 活動・休息援助技術	歩行介助・移動の介助・移送、関節可動域訓練・廃用性症候群予防、体位変換、入眠・睡眠の援助、安静、ベッド上での移動
E 清潔・衣生活援助技術	入浴介助、部分浴・陰部ケア、清拭・洗髪、口腔ケア、整容、寝衣交換など衣生活支援、爪ぎり
F 呼吸・循環を整える技術	酸素吸入療法、吸引、気道内加湿法、体位ドレナージ、体温調整
G 創傷管理	包帯法、創傷処置、褥創予防ケア(褥創のチェック)、創傷処置のための上層ガーゼ除去、抜糸、創傷処置の介助
H 与薬	薬理作用、薬物療法、経口・外用薬の与薬、皮下・皮内・筋肉内・静脈内注射、点滴静脈内注射・中心静脈栄養の管理、輸血の管理、薬物の確認、薬物の管理、処方箋伝達、処方箋の確認、薬物の購入
I 救命救急処置	意識レベル把握、気道確保、人工呼吸、閉鎖式心マッサージ、止血
J 症状・生体機能管理	バイタルサインの観察、身体計測、症状・病態の観察、検体の採取(採血、採尿・尿検査、血糖測定)、経皮的・侵襲的検査時の援助(心電図モニター・パルスオキシメータ・スパイロメータの使用、胃カメラ、気管支鏡、腰椎穿刺)、レントゲンフィルムのチェック、レントゲンフィルムの保管、問診、患部の写真撮影、検査指示箋の確認、検体採取の援助(腕を抑えるなど)
K 感染予防	スタンダードプリコーション(標準予防策)、洗浄・消毒・滅菌、無菌操作、医療廃棄物管理
L 安全管理	療養生活の安全確保、転倒・転落・外傷予防、医療事故予防、リスクマネジメント
M 安楽確保	体位保持、審法等身体安楽促進ケア、リラクゼーション、指圧、マッサージ、さする
N コミュニケーション技術	声かけ、訴えの傾聴、質問への応答
O 情報管理技術	看護記録用紙の補充、引継ぎ、看護記録のチェック、看護記録の記入、看護記録の返却、検査データ伝達
P 行動のコントロール技術	行動の制限、見守り、叱る、注意、さとし、なだめる、あやす
Q インフォームド・コンセント	説明、説得
R 連携・共働	回診(への同行)、Drとの話し合い、Nsとの話し合い
S 家族への働きかけ	声かけ、訴えの傾聴、質問への応答、説明、話し合い、指導、指示、質問(問診)、注意、要望への対応

の調査目的を説明し、調査協力を得た。調査当日は、参与観察を許可された病室を管理する看護師長および病室担当看護師に対して、参与観察のインフォームド・コンセントを行った。更に、対象病室の入院患者およびその家族に対して、参与観察のインフォームド・コンセントを行った。調査結果については匿名性を保持し分析した。

VI. 結果

A. 対象病室の患者背景について

1. 患者数・性別・年齢

観察対象としたのは患者2～4名の病室であり、性別は男性9名、女性16名、入退院により3日間の延べ人数は35名であった。年齢構成は2歳から80歳であり、10歳以下5名、10歳代7名、20歳代2名、40歳代6名、60歳代3名、80歳1名であった。

2. 疾患名

交通外傷12名、その他の事故2名(1名は4ヵ所に褥創あり)、消化器腫瘍2名、象皮病2名、鎖肛2名(2歳、3歳の二人共に人工肛門を造設しており、再建術はまだ行われていない)、乳がん1名(手術後に再発

し手術不可能といわれている)、口腔がん1名、その他の腫瘍2名(1名は臀部に大きな褥創あり)、その他1名であった。

3. 主たる治療および処置

手術、ギプス・シーネ固定、ADL訓練。処置としては輸液を受けているもの6名、膀胱内留置カテーテル4名であった。

4. 付き添い家族

60歳代の患者1名を除き、他の全ての患者には数名の家族が付き添っており、その内1名は病室に泊まりこみ患者の世話をしていた。

B. 看護師およびその他の職員の背景について

看護師はバンダアチエやメダンの看護専門学校出身者が多く、平均勤務年数は3年程度。津波災害後の看護師補充がようやくなされたばかりであり、未だ病院に十分慣れていないとのことであった。一病棟の看護師配置は、夜3名、午前8名(参与観察した時間帯であり、午前8時から午後2時を指す)、午後3名が標準となっている。午後には無断で出勤しない看護師もいるため、監督看護師が各病棟を見回り、午後の勤務者が滞りなく勤務についているかについて確認を行っ

ている。

医師は必要時来院するシステムをとっていることから、観察時間帯には1～2名の医師の観察ができた。その他の職種としては、清掃担当1名と配膳担当1名であった。

C. 援助行為

1. 行為件数と行為者別援助

3日間の行為件数の合計は997件、患者一人に対し、

表2. 技術コード別援助

技術コード	数	%
環境調整	62	6.2
食事援助	134	13.4
排泄援助	23	2.3
活動・休息	67	6.7
清潔・衣生活	41	4.1
呼吸・循環	21	2.1
創傷管理	39	3.9
与薬	94	9.4
救命・救急	0	0.0
症状・生体機能管理	56	5.6
感染予防	21	2.1
安全管理	7	0.7
安楽確保	50	5.0
コミュニケーション	95	9.5
情報管理	99	9.9
行動のコントロール	32	3.2
インフォームド・コンセント	21	2.1
連携・共働	35	3.5
家族への働きかけ	100	10.0
合計	997	100

表3. 行為者別援助

技術コード	看護師		家族		その他の職種	
	数	%	数	%	数	%
環境調整	12	2.5	28	7.6	22	15.9
食事援助	7	1.4	93	25.1	34	24.6
排泄援助	4	0.8	19	5.1	0	0.0
活動・休息	24	4.9	40	10.8	3	2.2
清潔・衣生活	8	1.6	33	8.9	0	0.0
呼吸・循環	1	0.2	11	3.0	9	6.5
創傷管理	27	5.5	7	1.9	5	3.6
与薬	60	12.3	26	7.0	8	6.0
救命・救急	0	0.0	0	0.0	0	0.0
症状・生体機能管理	35	7.2	3	0.8	18	13
感染予防	21	4.3	0	0.0	0	0.0
安全管理	2	0.4	3	0.8	2	1.4
安楽確保	4	0.8	46	12.4	0	0.0
コミュニケーション	56	11.5	31	8.4	8	6.0
情報管理	91	18.6	3	0.8	5	3.6
行動のコントロール	9	1.8	22	5.9	1	0.7
インフォームド・コンセント	16	3.3	0	0.0	5	3.6
連携・共働	20	4.1	4	1.1	11	8.0
家族への働きかけ	92	18.8	1	0.3	7	5.1
合計	489	100	370	100	138	100

平均28.5件であった。援助行為別に分類したものは表2に示すとおりである(表2参照)。997件の行為を、行為者別に看護師、家族、その他の職種に分類した。結果は表3に示すとおりである(表3参照)。全援助行為997件中、看護師489件(49.0%)、家族370件(37.1%)、その他の職種138件(13.8%)であり、看護師が約半数を占めていた。観察対象となった行為者別人数の把握はできなかった。

2. 看護師による援助

看護師の援助項目で最も多かったものは、「家族への働きかけ」92件(18.8%)であり、次いで「情報管理」91件(18.6%)、「与薬」60件(12.3%)、「コミュニケーション」56件(11.5%)、「症状・生体機能管理」35件(7.2%)、「創傷管理」27件(5.5%)であった。

「家族への働きかけ」の具体的行為としては、家族への言葉かけが主であった。「情報管理」は記録および記録の確認が主で、記録は患者の状態の羅列であり、アセスメントや看護計画等の記載はなかった。「与薬」業務は、病室を訪れた際に床頭台に収納している薬品の在庫を確認し、薬品の不足があれば医師に報告し処方箋を家族に渡す行為が主であった。「症状・生体機能管理」については、調査病棟の主な看護スケジュールでは、午前と午後の2回バイタルサイン測定が組み込まれているが、バイタルサイン測定場面は少なく、中でも看護師による血圧測定は3日間の観察中1回のみであった。患者の症状・病態の観察は、看護師が患者の状態を直接観察したり、患者からの訴えを確認したりする行為は少なく、殆どの情報は付き添いの家族から得ていた。「創傷管理」では、抜糸や縫合も行った。

ていた。

3. 家族およびその他の職種による援助

家族の行為で最も多かった援助項目は、「食事援助」93件 (25.1%)、順に「安楽確保」46件 (12.4%)、「活動・休息」40件 (10.8%) であり、患者の身の回りの世話は、家族が主として担っていた。

その他の職種による援助項目は、「食事援助」34件 (24.6%)、「環境調整」22件 (15.9%) であり、「症状・生体機能管理」18件 (13.0%) は全て医師によって行われていた。

4. 看護の質の視点から観察した現象

a. 感染防止

同一手袋を装着し、数人の患者のケアをしている。ガーゼカストの縁に鑷子が触れている。滅菌シートの上に清潔物品と非清潔物品を置く。

b. ドレナージ管理

術後の患者に挿入されているドレナージチューブが蛇行している。ドレナージ用器具として輸液ボトルと針のついた輸液セットをそのまま使用している。

c. 患者の安全・安楽

処置時に、二人の看護師がいるにもかかわらず、役割分担せず処置を一人でを行い時間を要している。創傷処置場面では、生理食塩水によりシートが濡れるが、処置終了後、看護師は濡れたシートをそのままにして退室する。

d. ストーマケア

小児のストーマケア時、ストーマ周囲洗浄後に水分が残ったままパウダーをつけ、ガーゼを貼付し終了した。パウチは使用していない。ストーマ周囲は表皮が剥離し発赤していた。

e. 褥創ケア

褥創処置は生理食塩水による洗浄後、褥創ポケットにガーゼを充填しガーゼで保護する。付き添っている家族に対しての指導も説明もない。

VII. 考察

A病院の看護の実態を踏まえ、災害看護教育導入支援に当たり考慮すべきと考える以下の視点で考察を試みた。

A. 看護の質の問題点

1. フィジカルアセスメント能力

今回の調査では、「症状・生体機能管理」項目が看護師が行った行為の上位にあるとはいうものの、7.2%であった。今回の調査では、看護師によるバイタルサイン測定場面が少なく、また、バイタルサインとして血圧測定が定着しているとはいえない結果であった。患者の状態確認も、患者の状況を看護師が実際に観察するというより、付き添っている家族から情報を

得る場面のほうが多かった。災害発生時の急性期においては、看護師は医師と共に対象者の状態を正確に、かつ迅速にアセスメントする、つまりトリアージ力が要求され、看護師は対象者の状態を的確に判断できる知識や技術を身につけることが必要であるが、これらの能力が十分備わっているのか、今回の観察では判断することができなかった。

2. 基本的知識・技術

同一手袋を装着し数人の患者のケアをする、滅菌シートの上にさまざまな物品を置く、ガーゼカストの扱い等から、感染防止の基本的な知識や技術が不足していると考えられる。ドレナージ管理についても、ドレナージチューブの蛇行があったこと、ドレナージとして輸液セットを利用していることから、針の部分で閉塞の可能性が生ずる等、ドレナージ管理上の基本的な知識の不足が考えられる。

3. 患者の安全・安楽

処置後に濡れたシートをそのままにして退室する、処置に関わることでできる看護師が存在するにもかかわらず協働して援助を実施せず時間を要する等、援助をする際の患者の安全・安楽という視点が不足していると考えられる。

以上の結果から、災害看護教育導入に当たり、看護師のフィジカルアセスメント能力の修得、看護の基本的技術に関する知識・技術の確認と共に、援助を実施する際の患者の安全・安楽の視点の必要性等看護の質の向上について、今後強調していくことが必要であると考ええる。

B. 知識・情報取得

1. ストーマケア

ストーマケアは、洗浄とガーゼによる保護のみであった。ストーマケアの基本は、対象者にあった装具を用いることやストーマ周囲を清潔に保つことにより、皮膚のトラブルを起こさないようにすることである。通常、ストーマには便を受けるためのパウチを装着するが、パウチの装着はなかった。経済的問題により購入できない可能性も考えられるが、いずれにしてもストーマ周囲およびケア状況からストーマケアについて、十分理解しているとはいえない状況であった。

2. 褥創ケア

今回の観察対象者の中に、褥瘡を有する患者が二人いた。褥創ケア時には褥創の状態を見極め適切な処置を講じるとともに、大きさ・深さ・炎症の有無等、変化の過程を把握することも重要である。また、新たな褥創発生予防や悪化防止の視点から、定期的な体位交換や、体位交換時の注意事項等について、ケアに参加している家族への指導も重要となってくる。今回の参与観察では、褥創ケアに関する知識や技術について十分把握することはできなかった。

ストーマケア、褥創ケアについては、日本においても看護師の経験や施設間の差が問題とされている。在宅療養者を対象とした調査（藤原他，2005，p.8）によれば褥創予防として円座を使用している介護家族が2.2%ではあるが存在し、看護師や保健師による指導であったとの報告がある。多くの情報を容易に取得できる日本においても、個人で最新の情報を得ることは限界があると思われる。

バンダアチェは長期間外部との接触が禁じられた中で看護教育がなされており、文献等も簡単に手に入れることはできない状況等、さまざまな原因が影響していると考えられる。この状況は、バンダアチェの看護専門学校見学时に、日本では数年以上前から使用されていない物品が収納されている実習室、最新のジャーナルも見当たらない図書室等から情報取得の困難さが推測できた。

世界の医療看護が急速に変化していく中で、最新の情報取得をどの様に手助けしていくか、課題であると考ええる。

C. 看護師業務

1. 看護師が担っている役割

A病院における与薬は、以下のように行なわれていた。①看護師が処方箋を家族に渡す。②家族はその処方箋を持参して薬品を購入し、患者個人の床頭台に保管する。③看護師は訪室時に薬品の在庫状況を見るために床頭台を点検する。④看護師は与薬時に家族から薬品を受け取り、患者へ与薬する。直接的与薬は看護師が行うが、薬品の管理は家族の役割となっていた。この方法では、薬品の変質等家族管理による問題もある一方、他患者のものを誤薬するミスは予防できる可能性がある。しかし、処方箋を渡されても購入するお金が無いので購入していない家族も存在する等、患者にとって必要な薬剤が適切に与薬されるためには、社会的システムを踏まえた今後の検討が必要であろうと考えられる。

A病院では縫合や抜糸は看護師の役割であった。縫合や抜糸が看護師の役割として期待されることは、常勤医師が少ないという社会的背景から考えてやむを得ないものと考えられるが、縫合はただ単に縫合という手技ができればよいものではなく、患者の状態を的確に判断し縫合の是非についても判断することが必要である。1度見学後は看護師のみで実施していることから、実施するに当たっては十分な指導体制が必要であろうと考える。

2. 家族付き添い

A病院では一人の患者を除き他の全ての患者には家族が付き添い、患者の身の回りの世話をしていた。付き添った家族は患者の入院期間中仕事をする事ができず、経済的な理由により病院での治療を断念せざるを得ない状況も生ずるとのことであった。このような社会背景を踏まえて今後インドネシアの医療看護がどの様な方向を目指すのか、それによって看護師の役割も大きく変化していくと考えられる。

インドネシアにおける日本の保健師助産師看護師法と同様な法律、もしくは看護業務に関して規定されている文書の有無について、ジャカルタの看護関係者および州関係者等を通じて情報を得ようとしたが、明確な情報として手に入れることはできなかった。

インドネシアと日本の看護師に期待される役割の違いを考慮しつつ、その中で何を導入することが必要であるのか、今後協議していくことが必要であると考えられる。

VIII. まとめ

A病院の看護の実態調査を行った結果、災害看護教育導入支援に当たり考慮すべき、以下の示唆を得た。

1. 災害看護に関する知識・技術の導入支援に限定せず、感染予防および患者の安全・安楽の視点等の看護の基本的知識及び技術について確認する。

2. 患者の情報は家族から聴取するという方法が主であったバンダアチェの看護師に、看護師自身による患者の状態把握の必要性について理解を得る。

3. 災害時急性期のトリアージに必要とされる、フイジカルアセスメント技術の修得を図る。

4. 看護師は単なる医師の補助者ではなく、一つの独立した専門職者として自立して判断することの必要性について理解を得る。

5. 災害看護教育導入支援計画作成に当たっては、上記の1～4を含み、かつインドネシアの医療看護の目指す方向を踏まえた計画作成を行う。

IX. おわりに

今回は観察に徹したことから、看護の質に問題があると思われる点について、直接現場の看護師に指摘したり、指導したりすることはしなかった。今後の支援活動を通じて可能な範囲で考慮していきたいと考えている。

本調査は、インドネシアという広大な島嶼国の、長年紛争があった上に、未曾有の大災害を受けた、やや特殊な地域の1病院を対象とした短期間の調査ではない。したがって、本研究で得た所見をインドネシアに普遍化したり、今後もこの状態が継続すると決めつけたりすることはできない。しかし、今回得た結果を踏まえ、A病院との更なる連携を求めた上で、看護専門学校の災害看護教育の導入、実施、および普及に関わる中で、可能な限り広くインドネシア全土の看護の質の向上と保健医療サービスの向上に向けて貢献したい。

今回、数世紀にわたり、紛争と対立に明け暮れてきた、今まで全く調査されてこなかったバンダアチェの看護の実態について知ることができた。また、入院患者や家族と実際に接することにより、紛争地およびpost-conflict地における地域住民を理解するという貴重な体験をすることができ、人間の安全保障について考える機会を得ることができた。この様な機会を与えていただいた日本赤十字社、インドネシア駐在スタッフの皆様、通訳、調査にご協力いただいた病院関係者の皆様と患者および家族の皆様に心より感謝いたします。

本研究は、平成18年度日本赤十字学園「赤十字の看

護・介護に関する研究」助成を受け実施したものである。

引用文献

- 1) 看護学教育の在り方に関する検討委員会報告(2001). 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて, 平成14年3月26日, 17.
- 2) 藤原泰子・五十嵐ひとみ・森本みづか他(2005). 在宅療養者の褥創予防に関する研究－訪問看護ステーションと医療機関の看護との連携方法の検討－, 平成16年度済生会医学・福祉共同研究報告書, 8.