

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	英国・アメリカ合衆国・オーストラリアの看護師養成教育における文化ケアプログラム
著 者	「日本の看護職養成課程における文化ケア教育に関する研究：豪州・英国・米国のカリキュラムと教育現場の比較を通して」研究チーム
書 名	英国・アメリカ合衆国・オーストラリアの看護師養成教育における文化ケアプログラム
発行年	2015.3.31
版	publisher
U R L	http://id.nii.ac.jp/1127/00000388/

<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。

平成26年度

学校法人日本赤十字学園赤十字と看護・介護に関する助成研究報告書

日本の看護職養成課程における文化ケア教育に関する研究

—豪州・英国・米国のカリキュラムと教育現場の比較を通して—

英国・アメリカ合衆国・オーストラリアの

看護師養成教育における文化ケアプログラム

Cultural Care in Nursing Educations in UK, the USA and Australia

Research Report granted by Japanese Red Cross Academy

日本赤十字九州国際看護大学研究グループ

五十嵐 清(K. IGARASHI)/エレラ ルルデス(L. R. HERRERA, C.)/

鈴木清史(S. SUZUKI in charge)/因 京子(K. CHINAMI)/徳永 哲(S. TOKUNAGA)/

橋爪亜希(A. HASHIZUME)/増田公香(K. MASUDA)/

柳井圭子(K. YANAI)/カ武由美(Y. RIKITAKE)

平成27(2015)年3月

Research Team on Cultural Care in Nursing Education
Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing
Asty, Munakata, Fukuoka, JAPAN

平成26年度 学校法人日本赤十字学園赤十字と看護・介護に関する助成研究報告書

日本の看護職養成課程における文化ケア教育に関する研究—豪州・英国・米国のカリキュラムと教育現場の比較を通して—

英国・アメリカ合衆国・オーストラリアの 看護師養成教育における文化ケアプログラム

日本赤十字九州国際看護大学研究グループ

五十嵐 清(K. IGARASHI)/エレーラ ルルデス(L. R. HERRERA, C.)/

鈴木清史(S. SUZUKI in charge)/因 京子(K. CHINAMI)/ 徳永 哲(S. TOKUNAGA)/

橋爪亜希(A. HASHIZUME)/増田公香(K. MASUDA)/

柳井圭子(K. YANAI)/力武由美(Y. RIKITAKE)

平成27(2015)年3月

Cultural Care in Nursing Educations in UK, the USA and Australia

Research Report granted by JapaneseRed Cross Academy

はじめに

これは、平成 26 年度学校法人日本赤十字学園赤十字と看護・介護に関する研究助成において採択された研究「日本の看護職養成課程における文化ケア教育に関する研究 ―豪州・英国・米国のカリキュラムと教育現場の比較を通して―」の成果報告である。

この研究では、英国、アメリカ合衆国そしてオーストラリアの看護師養成教育プログラムにおける「文化ケア」の考え方、その視点がどのように展開されているのかを調査し、その結果を踏まえて大学課程への移行が急速に進んでいる日本の看護師養成教育の中での関連プログラムのあり方を検討することを目的とした。

英国、アメリカ合衆国そしてオーストラリアを研究の対象にしたのは次の理由からである。1 つは、看護師養成教育の歴史を考慮したからである。周知のように、近代看護師養成教育は英国で始まり、世界中に多大な影響を与えてきた。アメリカ合衆国の看護師養成教育プログラムは、第 2 次世界大戦後の日本の看護界に大きな影響を与え続けている。そしてオーストラリアは英国の植民地として始まった歴史的経緯から、社会の仕組みや制度において英国の影響を強く受けている。一方で女性参政権を早くから認めたことにみられるように、「平等」の実現などについては独自の施策を展開してきている。

2 つめの理由は、これらの 3 つの国は多民族・多文化の状況にあるからである。これらの国ぐにでは、日常生活のすべての側面に、多様な民族や文化が存在していることの影響をみることができる。そしてその影響は一様ではなく、国ごとの特徴がある。そのことを理解すれば、看護師養成教育にもそれぞれの国の事情や状況が反映しており、3 カ国の状況を調べることで看護職養成教育における「文化ケア」プログラムの諸相を探ることができると判断したからである。

本研究グループは、日本赤十字九州国際看護大学の教員 9 名で構成された大所帯である。全員がそれぞれに本研究に関わっているが、各人の学内外での任務や行事による制約があったことから、実際の現地調査は研究グループのなかで国別に担当を決めて実施した。採用した研究法は、基本的には現地での文献収集や現地の看護師養成教育関係の研究者との面談であった。

本報告書は 2 部構成となっている。1 部は現地調査報告である。看護師養成教育が始まった時系列に国ぐにを並べている。基本的に各国の看護師養成教育に関する看護協会（それに相当する公的団体）の教育プログラムへの姿勢と今日の看護師養成教育プログラム事例を取り上げている。

2 部は、本学の教員が協力して最近翻訳出版した『多文化社会の看護と保健医療』（2014 福村出版）から、研究グループの構成員が担当した章の抜粋を掲載した。本

書の原著は、英国マンチェスター市に拠点を置くサルフォード大学看護学部の教員が執筆している。本書を通して英国での多民族・多文化状況に対する看護師養成教育で取り上げられている視点の一端をうかがい知ることができる。

変則的な印象を与えるかもしれないが、1部から2部の間で、研究ノートとして若手研究者の論文を掲載している。これは研究グループのなかの若手研究者である橋爪亜希が最近従事しているミャンマーでのヘルスプロモーションのための基礎調査報告である。文化ケアを研究の対象としているのに、国際協力と関わるヘルスプロモーションを取り上げるのは、唐突に思われるかもしれない。しかし、これには理由がある。

研究グループの中で意見交換をしている際に、橋爪から「文化ケア」は病室や病棟での異文化集団出身の患者との関わり合いだけに限定されないはずで、先進国から発展途上国に看護や看護知識を導入する際にも応用できる考え方であるという主張がなされた。

確かに、科学的根拠に基づく保健医療の技術や知識は、万人に有効であると考えがちであるが、それを受け入れるかどうかは、地域性や住民の価値観が大きく左右する。「文化ケア」は、その状態を病室や病棟での「個」としてとらえたものである。それを、先進国とそうでない国ぐにや地域との関係性に（対「集団」として）投影すれば、「文化ケア」の考え方は多様に応用できそうである。その可能性を探るという目的もあり、橋爪論文を紹介している。

本報告書は、人、時間、資金などさまざまな制限のなかで実施した調査に基づいている。報告書を編んでいる現段階では、研究は全体として完結しているとはいえない。現地調査による情報交換を含めて、調査結果に基づいて日本の看護師養成教育における「文化ケア」プログラムとの比較検討は端緒についたばかりである。そのため本報告書では、この課題については取り上げられてはいない。今後継続する研究に引き継ぎ、その成果は別途公表していきたいと考えている。本報告書では、現地で得られた情報をひとまず現段階で整理し、今後の研究のためのしるべとした。

本研究が可能になったのは、我われが勤務する大学の運営主体である学校法人赤十字学園が研究助成の制度を整えていて、それを利用させてくれたからである。学校法人とその制度に改めて感謝をする。また、現地調査のための学術出張の機会を持たせてくれた本学の同僚にもお礼を伝えたい。

平成 27 年 3 月 31 日

研究代表 鈴木清史

目次

第1部 現地報告

- | | | |
|---|--|-----------------------|
| 1 | 英国における看護と看護教育の歴史・・・01 | 徳永 哲 |
| 2 | 英国の看護師養成教育の大学課程化・・・20 | 鈴木清史 |
| 3 | Cultural competency in nursing education in the United States・・・35 | Lourdes R. Herrera C. |
| 4 | オーストラリアにおける看護師養成教育の展開・・・45 | 鈴木清史 |
| 5 | 研究ノート「文化を越えた健康教育の可能性」・・・57 | 橋爪亜希 |

第2部 英国における「文化ケア」プログラムのテキストから 抄訳

- | | | |
|----|-------------------------------|--------|
| 6 | 「健康と病気についての信念に関する説を理解する」・・・66 | 訳：柳井圭子 |
| 7 | 「実践における健康信念の応用」・・・69 | 訳：力武由美 |
| 8 | 「文化ケアー看護実践のための知識と技術」・・・71 | 訳：増田公香 |
| 9 | 「死ぬことと死者を送ること：比較文化的視点」・・・74 | 訳：因 京子 |
| 10 | 後記 英国での調査から・・・77 | 徳永 哲 |

改題

本報告書において登場する「看護教育」「看護師養成教育」「看護職養成教育」は、同義で、専門職としての看護師を養成教育するという意味で用いられている。

第 1 部 現地調査報告

1 英国における看護と看護教育の歴史

徳永 哲

1 看護の原点、慈善奉仕活動

1) 看護修道女の活躍

19世紀初頭、英国では、200年以上禁じられていたローマ・カトリック教会の活動が解放された。そして、1838年にテムズ川南岸の極貧地区バーモンジーにアイルランド女子修道会「慈悲の聖母童貞会」(Sisters of Mercy)が修道院を開設した。その修道院長メアリ・ムーア・クレア(Mary Moore Clare)は、貧しい労働者のための託児所やホームレスのための夜間宿泊所を運営し、修道女に慈善奉仕活動の場をつくった。また病院や貧しい病人の家に看護修道女を送った。(J. A. ドランp. 210)

2) アングリカン教会の慈善奉仕活動

ローマ・カトリックの修道女の活躍に刺激されたアングリカン教会や他の宗派を含めたプロテスタントはカトリックに匹敵する社会奉仕活動を展開し始めた。

アングリカン教会の動きはまず一人の神学者から始まった。それは、1836年から1848年まで、ロンドン橋南岸に聖トマス病院の姉妹病院として、1721年に創立されたガイズ病院(Guy's Hospital)の病院付牧師をしていたアングリカン教会神学者フレデリック・モーリス(Frederic Denison Maurice)である。まず、モーリスは病院看護につきまといていた偏見をなくす努力を始めた。彼は看護を経済的な必要から手短にできる労働という社会通念を払拭するために、看護奉仕女性に対してキリスト教徒に相応しい高い品格と教養を身に着けるように求めた。

1845年にアングリカン教会の最初的女子慈善会「パーク・ヴィレッジ共同体」(Park Village community)がリージェント・パークの近くに設立された。それから数年してプリシラ・リンダ・セロン(Priscilla Lynda Sellon)がデヴォンズポートに女子修道女会を設立した。その二つの団体はアングリカン教会でも高教会派(High Church members)に所属し、ローマ・カトリック教会の修道女に倣って、清貧と貞節と従順をモットーにして慈善奉仕活動に励んだ。(Mark Bostridge, p. 96-7)

こうしたアングリカン教会の慈善団体は奉仕活動の一環を担う善良な女性を育成し、世に輩出した。特に看護奉仕は盛んになり、1864年までに26の修道女会ができて看護師を病院に提供した。(『ナイチンゲールとその時代』p. 4)

3) カイザースヴェルトのデコーネス学園の反響

ドイツのカイザースヴェルトに福音主義教会のフリートナー牧師(Theodore Fliedner)が1833年に刑務所を出たばかりの女性を救護し、更正させる施設デコーネス学園(Decor-ness Institute in Kaiserthwelt)を設立した。(J.A. ドランp. 212-5)

フリートナー牧師はさらに1836年、女性犯罪者の更生ばかりでなく、社会貢献あるいは復帰を望む女性が教師や看護師などの職を身につけることができるように教育施設と幼児学校や病院をつくった。

デコーネス学園は組織的には修道院に近かった。しかし、カトリックの修道院のように誓願を立てたり持参金を献納したりする必要はなかった。プロテスタントであれば誰でも学園に入園でき、共同生活を送りながら修練を積むことができた。修練期間は1年から3年とされていて、修了式はカトリックの堅信式に近いものであったが、堅信によって拘束されることはなく、デコーネスという称号が与えられ、自由な選択で救貧院や病院に派遣されて奉仕活動に携わった。

デコーネス学園の活動は英国のプロテスタントに大きな影響を及ぼし、ロンドンにはいくつもの慈善活動団体が立ち上がった。ナイチンゲールもプロシアの英国王室特使ブンゼン男爵(Christian Karl Josias, baron von Bunsen)からデコーネス学園の広報誌を送ってもらい留学の憧れを抱いていた。(Mark Bostridge, p. 97-9. セシル・ウダム・スミス上 p. 89-90) 彼女の念願だった留学が叶ったのは1851年のことであった。



世界で最大級の高層病棟を有する現在のガイズ病院(筆者撮影)：当病院と聖トマス病院は現在キングス・カレッジと協同で国民保健サービス(NHS)トラストを形成している。

4) エリザベス・フライの看護師訓練学校

ロンドンで慈善姉妹会を創設し、英国で最初に、看護師訓練学校に匹敵する施設をつくったのはクエーカー教徒のエリザベス・フライ (Elizabeth Fry) であった。(Mark Bostridge, p. 97-8、J. A. ドラン p. 210-2)

フライは、ドイツの牧師フリートナーが設立したデコーネス学園に倣って、テムズ川の南側に住む貧しい下層労働者や職人の病人のために慈善活動に励む看護師を育成する「プロテスタント慈善姉妹会」(Protestant Sisters of Charity)を1840年に創設した。

アングリカン教会の信徒以外のプロテスタントであれば教派は問わず誰でも慈善姉妹会に入会できたが、入会時に読み書きの試験が課せられた。試験に受かると姉妹はフライのもとで慈善教育を受け、ロンドンのガイズ病院(Guy's Hospital)などの大きな病院でユニフォームを着て3ヶ月間看護の訓練を受けた。

フライの慈善姉妹はフリートナーに因んでデコーネスと称され、テムズ川南岸に広がる極貧地域の病人の看護のために尽くした。しかし、フライは結核のために1845年に死亡し、看護訓練学校の志は半ばで閉じられた。

5) キングス・カレッジと「聖ヨハネの家女子修道女会」の連携

1839年にアングリカン教会の「聖ヨハネの家女子修道会」(St. John's House Sisterhoods)はドイツのデコーネス学園をモデルにして創設され、キリスト教の原理を忠実に守りながら、病院だけでなく社会全体に対して優れた慈善活動女性をもたらすことを目指していた。

1848年、修道会の会長になったメアリ・ジョーンズ(Mary Jones)は、清貧と貞節を重んじる高教会に属していて、ナイチンゲールに人生の先輩として慕われた。

メアリ・ジョーンズは、キングス・カレッジ病院の生理学と解剖学で著名な教授ロバート・ベントリー・トッド(Robert Bentley Todd)と眼科の専門外科医ウィリアム・ボーマン医師(Dr. William Bowman)の協力を得て、「聖ヨハネの家女子修道会」に「病院と家庭と貧しい人々のための看護師訓練学校」(Training Institution for Nurses in Hospitals, Families, and for the Poor)を創設した。(Mark Bostridge, p. 98-9, p. 427-9 J. A. ドラン p. 216-7)

看護訓練生は、キングス・カレッジ病院の内科医や外科医による講義を含めて、看護実践と病院管理を2年か、それ以上の期間、履修が義務づけられた。

ナイチンゲールは看護師訓練学校を聖トマス病院に創設する際に、「聖ヨハネの家修道女会」の看護師訓練学校に影響を受け、メアリ・ジョーンズからアドバイスを受けた。

2. チャドウィックの公衆衛生改革とナイチンゲールとの関係

1) チャドウィックの「瘴気説」

公衆衛生学の先駆者エドウィン・チャドウィック (Edwin Chadwick) は1842年に労働者階級の衛生状態に関する報告書を公刊した。その中で、チャドウィックは1832年に発生したコレラは不十分な排水設備から発する悪臭や換気の悪さなどが原因であると主張し、公衆衛生の改善を唱えた。(Peter Vinten-Johansen et al, p.170-188)

当時の公衆衛生学会では、汚物や腐敗物から発する悪臭やガスを人間が吸い込むと肺から血管に吸収され、血流によって全身をめぐり熱病を発症させるとする「瘴気説」(Miasmatism)が有力であった。チャドウィックはその「瘴気説」に基づいて、公衆衛生改革を展開した。また、ナイチンゲールの看護論や病院論にはその「瘴気説」が基盤になった。

この説は、病原菌や微生物の発見によって病気の感染源が特定されるようになり、また感染予防に殺菌がなされるようになって、消え去った。

2) 救貧院病院の設立

チャドウィックは救貧院(Workhouse)の改革委員長になり、救貧院改革に現実的な施策を打ち出した。1834年には新救貧法(New Poor Law)の制定に尽力した。そして、救貧委員会を設置し、各地域に大規模な救貧院を建設した。救貧院は貧民の屋内救済を提供することになった。救済といっても、入院してきた貧民に対して福祉を施すのではなく、不快感を与えて、職を求める意欲を持たせようとするものであった。表面的には国民の福祉を機能させているように見えるが、実際は貧民を怠け者扱いし、卑下と差別が支配していた。それは、当時の英国社会の一般的風潮を反映していた。退廃や墮落という言葉は貧民に当てはまり、上流階級の富裕層には当てはまらなかった。

しかし、新しい制度が始まって時間がたつうち、チャドウィックはそのやり方は思惑通りに機能していないことを悟った。貧民は怠け者ではなく、病にかかっているがゆえに職に就くことができず救貧院から出ることができなかったのである。しかも救貧院に来る貧民のほとんどが病人であった。それで彼は救貧院に病院を併設することにした。その病院が救貧院病院である。救貧院病院は急遽増築され、医師と看護師がその病院に常務することになった。しかし、それは形だけのものであることを拭いえないものであった。特に地方の救貧院ではまだ貧民に対する偏見は強固であった。

1864年に至っても偏見は存在していた。リバプール救貧院病院にナイチンゲールが自分の看護訓練学校の修了生を送ろうとした際に、救貧院病院の管理運営をする教区委員会は正規の看護訓練を終えた看護師の任用を拒否した。結局、ナイチンゲールはロンドン大司教区救貧法監査官に直接訴えて、ナイチンゲール最愛の看護師アグネス・ジョーンズ(Ag-

nes Jones)を送ることができた。(セシル・ウーダム・スミス下 p. 209-16)

3) 公衆衛生調査の実施と公衆衛生法の成立

1837年、功利主義者で公衆衛生学者のチャドウィックは救貧救済の方向転換を図った。国家の貧困救済への財政負担を減らすために、病気の予防に焦点を合わせた。貧困と流行病との関連を明確にして、予防策を投じたいと思っていたチャドウィックは医師以外にも統計学者や他の科学者を取り込んで英国全土に及ぶ公衆衛生調査を実施した。

医療アドバイザーに、1830年頃から貧民及び公衆衛生と流行性熱病との関係を研究していたトマス・サウスウッド・スミス(Thomas Southwood Smith)医師を要請した。サウスウッド・スミス医師は1838年、他の2名の有力な医師と協力して、ロンドンの公衆衛生調査を行い、ロンドン東部地域における貧民の実態に関する報告書を貧民救済委員会に提出した。その後、労働者の衛生状態の報告書や西はリバプールから北はグラスゴーに至るまで地方都市の公衆衛生に関する報告書が次々と作成された。1843年に民衆の生活と保健を管理する王立委員会が設置され、地域に保健医が任命された。



キングス・カレッジ病院跡(筆者撮影)

1848年、公衆衛生法成立。ファー(William Farr)によって、公衆衛生に統計学が導入され、医師に対して死亡報告書に病名と死因、さらに年齢、職業などを正確に記すよう義務付けられた。その年、第二次コレラ大流行が英国に到達した。保健医を始め保健局員は各地域の衛生状態を調査するように指示された。不潔な職業とされている売春宿、皮なめし工場、ごみ処分場など人が住むのに不適切な場所を調査し、墓地や下水溝や給水施設や廃棄物投棄場などの改善を促した。住民の健康的な生活と生産労働者人口を保持する責任が保健医に課せられていた。要するに、公衆衛生の改善はそれだけに止まることなく、社会

環境の改革でもあり、労働者の生産力が向上し、医療財政支出節約にもなった。

4) 公衆衛生調査書のナイチンゲールへの影響

1840年代に次々と報告された公衆衛生調査書を、ナイチンゲールは夜中に自分の部屋で密かに読み、綿密にノートしていた。ナイチンゲールが優れていた点は、チャドウィックやファーが中心になって実施した公衆衛生改善施策がいかに社会の健全化に寄与していたかを読み取っていたことであり、衛生改善を実施するにあたり調査の記録と統計がいかに重要な意味を持つかを学び取っていたことである。

クリミア戦争で、スクタリの軍事病院での衛生状態の悪さと病院内での死亡率の高さとの関連性を考え、汚水やカビによる悪臭の除去および換気の悪さの改善を陸軍省に訴え、衛生面から患者の生命を救おうとした。看護師といえども、病人の健康を守るためには施設の環境衛生の改善、場合によっては建物の改修工事の必要性の提案に至るまで責任を負うことを示した。

3. 労働者階級台頭及び病院拡大に伴う看護師の仕事量増加と看護師育成の問題

1) 労働者人口の増加と病院の大型化

19世紀に入ると英国の社会事情は大きく変化した。蒸気機関の発明によって工場や農場の生産過程が革新された。また、鉄道網が1830年代に拡充され、地下鉄も開通した。産業は巨大化し、産業都市の労働者人口は膨張し続けた。労働者の中でも下層労働者人口は増え続け、格差が拡大し、貧困やモラルは低下した。救貧院や病院などの需要は高まり、次々と新設あるいは増改築された。ロンドンをはじめ多くの産業都市の街や川は産業廃棄物や汚水や汚物によって汚染され、公衆衛生は最悪の状態にあった。コレラや発疹チフスなどの疫病に加えて性病が流行った。こうした都市の下層労働者の惨状の救済を社会に呼びかけ、自ら貧しい病人の救済に立ちあがったのは他ならぬ医療関係者であった。

1818年に創設されたチェアリング・クロス病院(Charing Cross Hospital)は悲惨な飢饉を逃れて来たアイルランド人の救済のために積極的に働いた。病院を開放した。1839年に設立されたキングス・カレッジ病院(King's College Hospital)は救貧院も兼ねていた。

1754年に設立され、癌病棟を持っていたミドルセックス病院(Middlesex Hospital)は1854年にコレラが流行した際には貧しい娼婦などのコレラ患者を差別することなく受け入れた。ナイチンゲールはクリミアへ向う直前救援に行った。(セシル・ウーダム・スミス上p. 179)

ロンドンのほとんどの病院が病棟を拡大し、病床数を大幅に増やした。そして、病院は麻酔の発明や病気の感染経路の解明が進むに連れて、医者数を確保するために医学校を

併設すると同時に医療研究者を育成した。1858年には医師の資格認定制度が始まった。英国の病院はその制度によって医師の水準を落とすことなく確保することができた。また、医療研究の専門化が進み、外来の診療科も増えた。



ソールズベリ病院跡(筆者撮影): ナイチンゲールは25歳の時、この病院で看護師の見習いになろうと思い両親に話したが、猛烈に反対され、家から自由に出ることができなくなった。部屋に閉じこもって公衆衛生学会の報告書やデコーネス学園の機関誌を読みあさった。



パディントンの聖メアリ病院。労働者のために、1850年増改築され病床数を380床所有した。
(筆者撮影)

2) 外科の躍進による看護の仕事量増加

19世紀後半になると、外科手術にエーテル麻酔が用いられるようになった。それまで不可能であったいろいろな部位の手術が可能になった。それまで主な手術方法であった止血

による悪い部分の削除といった枯渴治療法はすでに過去のものとなった。また、薬剤も進歩し、手術に伴って、下剤や吐剤が使用されるようになった。

医師は手術を終えるとその後の患者との対応は看護師に任した。看護師には、24時間常時患者への看護体制を整える必要が生じた。看護師の数も増え、組織化され、合理的看護が求められるようになった。それまで以上多くの医療知識や臨機応変な臨床看護が求められるようになった。さらに、術後の回復治療に役立つ養生法や環境づくりを考え出す必要が生じた。

ナイチンゲールは、患者の体力回復に欠かせない栄養価の高い食事を与え、病室の清潔な環境をつくり、感染症予防に必要な消毒や換気による空気の清浄化などを心がけることなどを看護師の大切な仕事に挙げた。看護師には栄養管理や薬剤や感染症に関する知識さえも求められるようになった。しかし、そうした要請に応えることのできる看護師の育成は儘ならぬままであった。

3) 医学の進歩に対応できる看護師育成の遅れ

19世紀後半に至っても女子の教育に対する偏見は根強く、女性の高等教育が認められていなかった時代は変わることなく続いていた。ロンドン大学で学位が女性にも解放されたのは1878年のことであったが、ケンブリッジ大学やオックスフォード大学では1920年まで待たねばならなかった。しかも、その変革は男性が独占していた医学に限られていた。看護はナイチンゲールの功績によって世に認められていたが、高等教育の範疇ではなかった。女性の職業としての看護は、高い水準の学校教育とは無縁であった。

社会的偏見は女性の職業そのものにあつたが、看護師という職業そのものに対しては殊に根深い偏見が残っていた。看護師といえば卑しい行いをする存在とみなされていて、上流階級の教養を身に着けた若い女性から敬遠されていた。きちんとした家柄の女子が看護師のような病人の身の周りの世話をするような職業につくようなことはありえない、と考えられていた。

「聖ヨハネの家女子修道会」でメアリ・ジョーンズによって看護訓練を受けた看護師はキングス・カレッジ病院の看護を受け持っていた。彼女たちに課せられた仕事は雑役婦か掃除婦とかわらないものであった。医師の多くは看護師を病院付きの家政婦ぐらいにしか考えていなかった。

医療の進歩とは対照的に、看護は一般に肉体労働とみなされ、それ相応の訓練を受けるに値しない職業であると考えられていたのである。実際、労働者階級の未亡人や貧しい家庭の女子などが就くことのできる手っ取り早い職業であった。1861年には2万7千を超える看護師が病院で働いていたが、国勢調査では職業欄に「内職」となっていた。すなわち、看護師は職者として社会として容認されていなかったのである。

4. 地域看護と地域看護師教育確立

1) リバプールにおける地域看護の起こり

19世紀に入って、造船業を中心とする産業都市として急速に発達したリバプールでは、下層労働者数が増大し、貧困街がライム・ストリートから港湾にかけて拡大した。日当たりの悪い袋小路の共同住宅に暮す最下層貧民の数は1847年には5万5千人を超えていた。人口が密集し、公衆衛生は最悪の状態に陥った。発疹チフスや赤痢などの疫病がリバプール市全体に蔓延し、1848年には年間病死者の数が1万7千人を超えた。リバプール医療救済委員会(Medical Relief Committee of Liverpool)が組織され、保健医を中心に救済にのり出した。(Davit Hollett, p.43-65)

そうした状況の中で最初に慈善団体をつくり、貧しい人々の看護を始めたのはプロテスタントの一派クエーカー教徒であった。1829年、ジョシュア・ホーンビー(Joshua Hornby)は、リバプールに、貧しい家庭を訪問して病人の世話する看護拠点づくりをした。

貧困地域の病人の看護はクエーカー教徒ウィリアム・ラスボーン(William Rathbone)に継承された。ラスボーンは、貧困地域を18の地区割をして、各地区に友愛巡回員を割り当てた。この巡回員からの報告によって、貧困地区には病院へ通えない病人が大勢いることがわかった。(J. A. ドラン p.300-1)

ラスボーンは救貧院と救貧院病院(Workhouse Infirmary)を拡充する一方、貧しい病人の家庭へ出向いて看護をする地域看護を充実したいと考えた。彼はリバプール王立病院(Liverpool Royal Infirmary)に看護師宿舎を寄贈し、ナイチンゲールに看護師の育成について相談した。

1862年、ラスボーンはナイチンゲールのアドバイスを受けて、リバプール王立病院と看護師宿舎に地域看護師(District Nursing)育成課程を開設した。そして1年半して、18の地区に正規の課程を終えた地域看護師が配置された。こうして、リバプールにおいて、英国ではじめて地域看護師という看護職が認められた。

2) フローレンス・リーズと地域看護師教育

ロンドンにも地域看護が広まり、1875年には「ロンドン地域看護協会」(District Nursing Association in London)が生まれ、地域看護の改善策や地域看護師の育成についての本格的な調査が始まった。(J. A. ドラン、p.301-2.)その調査委員長にナイチンゲールの弟子フローレンス・リーズ(Florence Lees)が選ばれた。

リーズはロンドンの牧師や医務官に調査を行い、地域看護師の教育が貧弱で、看護師によって病気の感染が広まっていることが判明した。リーズの委員会は看護師の教育強化及び指導、さらに医師との連携強化や患者家庭への教育指導などの結論をまとめて、地域看護師育成の学校と看護師宿舎を病院と隣接して設置し、1年の病院訓練と6ヶ月の地域看護

見習い期間を設けることを提案した。そして「首都圏看護協会」(Metropolitan Nursing Association)が設立され、リーズはその初代会長になった。彼女は見習い期間中の学生に対し、「解剖学」、「生理学」、「衛生学」などの学科に加えて婦人病や食品腐敗のメカニズムなどの特別授業と試験を課した。(セシル・ウーダム・スミス、p. 314-5)



ライム・ストリートのリバプール救貧院病院跡を背景にして立つ
ラスボーン像。港湾沿いの街を見下ろしている。(筆者撮影)

課程を終えた看護師は藍色に縁取りされた茶色の制服を纏い、外出時には藍色のマントを纏い、青いリボンのついた帽子を被った。また、消毒薬、手拭、石鹸、包帯などの入った皮製のバッグを常備していた。

ナイチンゲールは1882年の論文で、看護の主要4領域に病院看護(Hospital Nursing)、個人看護(Private Nursing)、助産看護(Midwifery Nursing)、及び地域看護を挙げた。その中でも地域看護は最も重要な分野であり、最高の資格が求められる看護に位置づけた。

地域看護師は貧しい病人にとっては病院以上に有意義な働きをした。病院では患者は治療が終わると退院し、病院との関係は終わる。しかし、看護師は病人の家庭に出向き、公衆衛生や保健の指導などから、医師の手が足りない時には、外科の手術を除いて、医師から指示書を預かり投薬や簡単な治療まですることができた。地域看護は病院看護以上に幅広い看護活動の可能性を提供した。

5. ナイチンゲールの看護師訓練学校の下地と創設

1) スクタリの兵舎病院における職区分

ナイチンゲールはスクタリの病院へ総勢37名の看護師を率いて向った。その内わけはデ

ヴォンズボートのアングリカン教会修道女会から8名、「聖ヨハネの家修道女会」から5名、ローマ・カトリック修道女10名、英国各地の病院から14名であった。(エドワード・クック I、p. 217. セシル・ウーダム・スミス上、p. 201-3) 彼女が厳選したのは、カトリック看護修道女かプロテスタント慈善奉仕会の看護師であった。大勢の女性から従軍看護師に応募があったが、ナイチンゲールは裕福な家庭の慈善女子や信心深い修道女は選別から外された。

ナイチンゲールが最も懸念していたことは看護職そのものに理解がなく、看護を負傷兵士の身の回りの世話をし、献身的に付添うことだけに専念したり、役人や軍医のご機嫌取りをしたりすることであった。ナイチンゲールはそうした女性を見抜くことができた。

スクタリの兵舎病院に着くと、ナイチンゲールは次のような仕事をした。(エドワード・クック I、233-244頁. セシル・ウーダム・スミス上、p. 211-230)

1. お湯でシーツが洗える洗濯場を確保した。
2. 傷病兵のための調理場を確保した。その調理場を傷病兵の特別食が用意できるように改善した。食事は調理室から一斉に傷病兵のもとへ運ばれるようにした。
3. 傷病兵の世話などを行っている妻や娼婦のために産院を設置した。
4. 洗濯係や雑役婦の仕事を看護師の仕事から切り離した。
5. 医薬品をストックする倉庫を建設した。
6. 傷病兵に清潔な下着を支給した。
7. 軍医は負傷兵の手術を病室で遂行したが、手術中は他の患者から見えないようにするため衝立を立てた。

2) 看護師の仕事の認識

スクタリの兵舎病院においてナイチンゲールは看護師の大切な仕事を認識した。医師は手術が終わると後のことは放置した。当時はまだ知られていなかった感染症のために大勢の兵士は命を落としたが、省みられることはなかった。ナイチンゲールはそうした実情の中で統計学者ファーが公衆衛生改善のための基礎となる死亡報告書を住民に義務付けていたのに習って、傷病兵の死亡記録を残した。戦後、帰還すると傷病兵死亡因の真実を世に暴露したのである。病院が診断記録を残すようになったのはナイチンゲールの功績である。また、面密な看護日誌をつけることを彼女は看護師の重要な仕事に位置づけたのである。

さらに、ナイチンゲールは、スクタリで傷病兵が肉体の苦痛ばかりでなく心的苦痛を抱えることによって生きる力を失ってしまうこともあることを知った。看護師は患者の心的苦痛を少しでも和らげてあげるような、あるいは支えになってあげるようであればならないのも看護師の仕事として認識したのである。そうしたスクタリの兵舎病院での看護師の仕事の認識は聖トマス病院の看護師訓練学校設立の基盤となった。

3) ナイチンゲール看護師訓練学校の創設

1855年、ナイチンゲールはクリミア半島の最前線パラクラヴァへ視察に行った際、当時クルミア熱と呼ばれていた正体不明の回帰性の熱病に冒されてしまった。様々な憶測を呼んだが、結局、1995年にダヴィド・ヤング医師(Dr. David Young)によって、その病は家畜が感染する疫病ブルーセラ症(Brucellosis)と判明した。(Florence Nightingale Today、p. 90-94)

1860年、看護師訓練学校を創設したもののブルーセラ症特有の周期的に襲う脊髄炎と高熱に苦しめられ、実務を執り行うことができなくなった。また、不幸なことに、聖トマス病院には看護を「女中」の仕事と見なす医師が多く、ナイチンゲールに協力する医師はごくわずかしかいなかった。結局、ロンドン市内の大病院の医師を含め、内科医3名と外科医2名が協力してくれることになった。



ロンドン市街地に立っているクリミア戦争戦没者慰霊碑。
ナイチンゲール(左像)とシドニー・ハーパート(右像)。
(筆者撮影)

校長には聖トマス病院看護師長のウォードローパー夫人(Sarah Elizabeth Wardroper)に依頼し、病棟での指導には常任外科医ホイットフィールド医師(Dr. Richard Whitfield)を任命した。ホイットフィールド医師は臨床講義を担当した。また病状の説明や記録の仕方などの指導もした。

4) ナイチンゲール看護師訓練学校の教育

訓練生は聖トマス病院内の学寮(Home)に入り、常に茶色の制服に白いエプロンを纏い、

白いキャップを被った。食事などを含む寮費や制服などの洗濯代はナイチンゲール基金から賄われた。

注目すべき点は、ナイチンゲールがクリミア戦争で付添や雑役や洗濯などの仕事を看護師の仕事から省いた実績は訓練学校の制度のうえにも生かされた。そして、看護師は女中であってはならない、という看護職者としての誇りを訓練生に持たせた。

授業は毎日聖トマス病院の医師や看護師長による講義があり、各週に教会の牧師による聖書の講義があった。知識ばかりでなく、聖書から奉仕の精神も教えられた。

病棟では訓練生は見習い看護師として、外科医などから実習指導を受け、症状の説明から記録の仕方の指導に至るまで細かな指導を受けた。

学寮(Home)においては、看護師長の管理の下、厳粛な生活態度などが求められ、日課の整理や自習に励んだ。校長のウォードローパー夫人はこうした訓練生の指導を任された。毎月性格および学業成績に関する報告書をナイチンゲールに提出した。

1年の過程を終えると試験と面接があり、合格した者のみが「有資格看護師」として病院に登録された。その後、1年間の病院勤務が課せられた。

ナイチンゲール看護訓練学校の修了生は実践の場においても、常に自己の人格を磨き、貴婦人としての品格をもち続けねばならなかった。また、ナイチンゲールによって、看護師長あるいは総監督として他の病院に任命され、新たな看護師の育成に励まねばならなかった。実際に、ナイチンゲールが修了生を送った大病院は19世紀に急増した労働者階級に合わせるように病棟を大幅に拡張した、ウェストミンスター病院、聖メアリ病院、リバプール救貧院病院、エディンバラ王立病院、グラスゴー王立病院、ダンディー王立病院、ハイゲート病院、ソールズベリ病院、リーズ病院などであった。それらはすべて貧しい病人を積極的に受け入れた大病院であった。(エドワード・クックⅡ、p.185-194. セシル・ウーダム・スミス下、p.46-60. Mark Bostridge, p.364-9)

5) 1872年、ナイチンゲール看護訓練学校の再出発

1870年頃のナイチンゲールは回帰性の脊髄炎と高熱に苦しみながらも、英国赤十字援護協会の仕事に深く関わっていた。本人は戦場に赴くことはできなかったが、普仏戦争に対するナイチンゲールの発言や助言は共感を呼び、広報や資金集めに貢献していた。

その頃、ナイチンゲールはまた、聖トマス病院の移転候補地探しに奔走し、ロンドン橋近くのサリー・ガーデンから現在のウォータールー鉄道駅近くの国会議事堂を対岸に望む場所に決めていた。ナイチンゲールの脳裏には絶えず戦争の傷病兵のことがつきまとっていた。大きな駅の近くであれば傷病兵の収容が迅速にできると考えていた。

1871年、ようやく新しい聖トマス病院が完成した。病院の規模は大型化し、病棟と病床数は大幅に増え、診療科目も充実した。ナイチンゲールは新しくなった病院で看護師訓練学校の改革に乗り出した。(セシル・ウーダム・スミス下、p.282-9, p.310 エドワード・ク

ック、p. 160-176)

ナイチンゲールには社会的風潮に対して大きな懸念を抱いていた。それは労働者階級の台頭によって看護職意識に変化が生じ、社会主義の波に吞まれ、キリスト教信仰は忘れ去られようとしていることを心配していた。

1873年、ナイチンゲールは訓練生に向けて、看護職を目指す者は、イエス・キリストに倣って患者と向き合わなければ、精神性は失われ、機械的なやつつけ仕事となってしまうと説いた。訓練学校は知識を獲得する場であると同時に人格、習慣、知力修練の場でもあった。学寮の寮監を副校長の職位を与え、ホーム・シスター(Home Sister)と称して、道徳的、霊的感化力を強化した。また、ウェローの聖マーガレット教会に訓練生のための特別席が設けられた。

6) 見習い看護師宛て手紙に示された看護師の「道」

ナイチンゲールがクルミア半島で感染した回帰性の脊髄炎の病状は思わしくなく、ベッドの脇に机を置いて、見習い看護師に宛てた手紙を書き続けた。

1872年に書かれた最初の手紙の冒頭に次のように書いた。

自分のことを「私はいまや『完全』なそして『熟練』した看護婦であって、学ぶべきことはすべて学び終えた」と思っているような女性は、《看護婦とは何か》をまったく理解していない人であり、また《これから》絶対に理解することはないでしょう。彼女はすでに退歩して《しまって》いるのです。

うぬぼれと看護とが、ひとりの人間の中に同居することはできません。それは真新しい布きれで古い着物につぎ当てができないのと同じことです。

(『新訳・ナイチンゲール書簡集』、1-2頁)



聖マーガレット教会とナイチンゲールの墓碑

引用の最後2行は福音書から引かれている。

福音書には、「だれも、織りたての布から布きれを取って、古い服に継ぎ当てたりはしない。新しい布切れが服を引き裂き、破れはいつそうひどくなるからだ」(日本聖書協会『新共同訳』1994年、マタイ9:16)と書かれているが、その意味はキリストの教えを守るということは何年守ったからもう良いというものではない。信仰は永遠であり、なおかつ日々新たにされるものでなければならない。他の信仰で間に合わせに補えるものではないという喩えである。

ナイチンゲールに言わせると、看護はひとつの道であり、看護師とは絶え間なく学び続ける存在であり、その学びには限界がないということである。自己を「完全」と思うことは「うぬぼれ」であり、看護師として生きる道を外れた人である。

ナイチンゲールは聖書の箇所から直接引用したり、喩えたりしながら見習い看護師に対して信仰の道と重ね合わせながら看護の道を病床から説き続けたのである。

こうした手紙は1872年から約30年間、合計14通送り続けた。

6. 看護師教育の改革と問題点

1) レベッカ・ストロングの看護師教育

ナイチンゲール看護師訓練学校の卒業生レベッカ・ストロング(Rebecca Strong)は、スコットランドのグラスゴー王立病院(Glasgow Royal Infirmary)で看護師教育を刷新し、病院看護職の改善に努力した。ストロングの生き方はナイチンゲールの教えと大きく違っていた。キリスト教信仰を看護師教育の中に取り入れるようなことはしなかったのである。学寮の生活には寮監は寮管理だけが任された。学校は王立病院から切り離れた。

ストロングは王立病院の看護師長になって、医学が急速に進歩しているのとは対照的に、看護職は社会全体の大衆化に影響を受けて、志願者の目的意識が低俗化し、基礎学力は低下していることを知った。

しかも、概ね病院の看護師教育では医療の知識は無視されていた。医師が必要と考えた場合には、臨床教育の合間に授けられる程度であった。基礎学力に乏しい見習いと学力を持った見習いの間には自ずと看護能力に差ができた。医療の知識が無に等しいまま看護職に就く者もいた。ストロングは王立病院で、身体の部位を示す専門用語ばかりか診察や治療に使用される器具や器械の名称さえも知らない看護師に直面した。

ストロングは医師マキューイン(William Macewen)の助力を得て看護師教育に乗り出した。まずは、看護師の無知をなくすことから教育を始めて、次に臨床教育へ進むことのできる「看護師準備訓練学校」(Preliminary Training-school for Nurses)を1891年に創設した。

準備訓練学校の期間は3カ月で、その前半は6週間「解剖学」、「生理学」、「衛生学」の講

義に集中した。学期末に各科目の試験に合格した者のみが後半の課程に進んだ。後半の課程は4週間で、外科と内科の実習、内科関連の講義、看護の実践そして料理法などであった。医学関連の科目の指導に関しては、後にグラスゴー王立病院の聖マンゴー医学校の権威ある医師が担当し、看護関連はストロング自身が担当した。

学生は準備訓練学校の最終試験に合格すると、王立病院の見習い看護師として訓練を受け、それが修了すると、正規の看護師として病院で働いた。さらに、王立病院の内に限られたことであったが、ストロングは一般看護師から専門看護師(Specialist)への道も開いた。さらに、ストロングは、医師の資格を認定登録する「一般医療評議会」(General Medical Council)に匹敵する「一般看護評議会」(General Nursing Council)を設置し、第三者の手によって看護師資格試験を行い、国家認定登録を考えた。(Six Disciples of Florence Nightingale, p. 25-34)

ストロングの看護師教育と将来的な展望は、グラスゴーに限られていたが、まさに近代的病院看護師制度を見据えたものであった。知識と実践の歯車を合理的に噛み合わせて教育し、看護職者としての実績を評価して看護師を格付けして職位を与えていこうとするものであった。こうしたストロングの考えはロンドンで展開された「英国看護協会」(British Nurses' Association)の運動によって実現されていくことになった。

2) 「王立看護協会」の国家認定登録運動

保健に関係する人々はそれぞれが関与する団体を結成し、共通の問題を論じたり、進歩の証を共有しようとするのは当然のことであった。

1832年に「英国医師協会」が発足し、1841年には「大英帝国薬学会」が設立された。それに遅れること45年を経た1886年に「英国看護協会」が発足した。

この協会の発足目的は、看護師登録簿作成の権限を獲得して、看護師の国家認定登録を実施することであった。そうすることによって、無能な看護師を排除し、優れた看護技術水準を保つことができると考えた。1891年、「英国看護協会」は商務局に法人登記を申請し、「定款」を正式に提出した。しかし、その申請はナイチンゲールの反対に合って却下されてしまった。看護協会は、ヴィクトリア女王の第三王女であるクリスチャン王女を総裁に据えて、女王の特許状下賜によって、「王立看護協会」(Royal College of Nursing)に改正し、申請の嘆願書を枢密院に提出した。結局、看護師の教育期間は3年間と定めたことなどを含め申請は、概ね枢密院顧問官によって認められたが、最も肝心の認定登録看護師という名称の登録権は認められなかった。ナイチンゲールと「王立看護協会」の闘いは痛み分けで終わった。(エドワード・クックⅢ、p. 301-316. セシル・ウダム・スミス下、p. 350-359) 因みに、認定登録制度は1919年に実行された。「王立看護協会」は1928年に王立憲章により看護専門職組織として法人化された。(『ロンドン事典』、p. 72)



グラスゴー王立病院(筆者撮影)

2) ナイチンゲールの反論

認定登録制度を時期尚早と考えるナイチンゲールは猛烈に反対した。認定登録実施権限を有する者は誰か？ ナイチンゲールが反対する最大の根拠はそれであった。

ナイチンゲールにとって、看護師教育の全責任を負うのは経験豊かな看護師であって、医師や役人であってはならなかった。登録者名簿からは人物の性格や生活態度を読み取ることはできないが、生活を共にし、評価していた看護師長や先輩看護師には判別できる。名前だけの登録では何の意味もないと考えたのである。

聖トマス病院のナイチンゲール看護訓練学校が最初の修了生を出してまだ30年足らずであり、ナイチンゲールの精神を受け継ぐ看護師が裾野を広げて、新たに看護界をリードして、看護師資格を与えることができるようになるまでにはまだ時間が必要であると、ナイチンゲールは考えていた。

4) 看護職者に対するナイチンゲールの危惧

ナイチンゲールが危惧したことは、看護師資格を取ることを目的に看護師訓練学校に入り、資格試験に合格して看護師になり、給料を得るようになって、それで目的は達したと見なす風潮が起きるのではないかということであった。

1893年にアメリカ合衆国のシカゴ万国博覧界で発表され、アメリカ看護界に旋風を巻き起こした論文『病気の看護と健康を守る看護』(*Sick Nursing and Health Nursing*)で、ナイチンゲールは英国の看護職者の意識の低俗化に対する危機感をあからさまに述べている。

私は看護の歴史が30年を過ぎたばかりですが、すでに大きな危機感を抱いています。その危機感のひとつは看護への情熱もないのに、今好みの時流に乗って看護師になるということです。またもうひとつの危機感は、女性は労賃だけで生きているのではないのに、金銭だけが目的で看護師になるということです。(ナイチンゲール著作集第二巻、p. 125-157)

ナイチンゲールの力説するところは、看護職は一般の労働者の職業と同じにできるものではない。看護とは生きた肉体と精神とをいたわる仕事であって、看護師は技術的熟練だけでなく人格的資質を兼ね備えていなければならない。まさに、人格的資質を兼ね備えた看護師の育成こそナイチンゲールが最も重要と考えていた教育目標であった。

5) 看護実践を支える人格的資質

ナイチンゲールは近代看護の生みの親として、看護職の世俗化には絶対に妥協できなかった。

ナイチンゲールは、『実践』を最優先させることによって看護を確立させてきた。自ら努力して得た高度な知識はたえず『実践』に移された。

20代の頃、看護師になることを頑固に反対した両親の目を避けて、独学で公衆衛生学や統計学を勉強した。クリミア戦争時はスクタリ陸軍病院で公衆衛生の改善を行い、患者の病院内死亡率を下げるのができた。また、陸軍病院の患者の記録を残し、統計学から院内死亡者の割合を「統計表(鶏頭図)」で明らかにした。さらに当時の疫病感染原因の主流学説であった「瘴気」説を学び、それを病院看護の改革に展開、『看護覚え書』(*Notes on Nursing*)や『病院覚え書』(*Notes on Hospitals*)を出版した。これらの成果は、ナイチンゲールが絶えず『実践』を念頭に行動してきた結果として生み出されたものである。

ナイチンゲールにとって、看護とは患者のために何が成し得るかを自らが問い、「知識」と「技術」を駆使し、その解決策を自分の力で見出し、生み出していく。彼女の言う『実践』の原点はまさにそれであり、その絶え間ない努力の姿勢を支えるものは「人格的資質」であった。

ストロングの看護師教育には、試験では測れない「人格的資質」を養成する姿勢に欠けていたと言える。ナイチンゲールは知識や技術の熟練ばかりでなく、「人格的資質」を兼ね備えた看護師の育成を目指していた。「人格的資質」は看護の核となるものであり、それによって、知識はよりよく身について相乗的に統合され、技術は高められて熟練されるのである。

掛け替えのない患者とその生命と絶えず向き合う看護師には、まず真摯に向き合う姿勢が求められる。そして、患者は何を求めているのか、何が最優先されるのか、自分で判断し、最善を尽くさねばならない。こうした姿勢と努力を持続させていくのはまさに人格であり、その過程において知識は生かされ、技術は高められていく。『実践』とはそうした

過程全体を意味しているのである。

参考資料

- シオバン・ネルソン著、原田裕子訳 『黙して励め』 日本看護協会出版会、2004
- セシル・ウーダムスミス著、武山満智子、小南吉彦 訳 『フロレンス・ナイチンゲールの生涯』
I、II. 現代社、1983
- 湯槇ます監修、薄井坦子、小玉香津子、田村真、小南吉彦編訳『ナイチンゲール著作集』 第一
巻・第二巻・第三巻、現代社、1977.
- J.A. ドラン著、小野康博、内尾貞子訳『看護・医療の歴史』 誠信書房、2001
- 薄井坦子、小玉香津子、田村真、山本利江、和住淑子、小南吉彦訳『フロレンス・ナイチンゲ
ール看護小論集』 健康とは病気とは看護とは、現代社、2003
- エドワード・クック著、中村妙子、友枝久美子訳『ナイチンゲール、その生涯と思想』
I、II、III. 時空出版、1993
- ナイチンゲール著、竹内喜、菱沼裕子、助川尚子訳、小林章夫監訳『真理の探究』 う
ぶすな書院、2005
- J. トルバルト著、小川道雄訳『外科医の世紀ー近代医学のあけぼの』 へるす出版、
1956
- 多尾清子著『統計学者としてのナイチンゲール』 医学書院、2004
- 湯浅ます、小玉香津子、浅井坦子、鳥海美恵子、小南吉彦訳『新訳・ナイチンゲール書簡集』
現代社、2004
- M・ベイリー、M・J・ブロック、L・モンティロ著、小林章夫監訳『ナイチンゲールとその時代』
うぶすな書院、2000
- 服部伸著『近代医学の光と影』 山川出版社、2004.
- レイ・ストレイチャー著、来栖美知子、出淵敬子監訳『イギリス女性運動史1792-1928』
みすず書房、2008
- 櫻庭信之、定松正、松村昌家、P. スノードン編著『ロンドン事典』 大修館、2002
- 塚田理著『イングランドの宗教』 教文社、2006
- 上田閑照監修『人間であること』 燈影者、2006
- スティーヴン・ジョンソン著、矢野真千子訳『感染地図』 河出書房新社、2007
- 見藤隆子、小玉香津子、菱沼典子編『看護学事典第2版』 日本看護協会出版会、2011
- Cope Z.: *Florence Nightingale and The Doctors*. Museum Press, London, 1958
- Cope, Z.: *Six Disciples of Florence Nightingale*. Pitman Medical Publishing Co., London, 1961
- David Hollett: *Passage to The New World, Packet Ships and Irish Famine Emigrants, 1845-1851*. PM Heaton, Great Britain, 1995
- Hugh Small: *Florence Nightingale Avenging Angel*. Constable and Company Limited, 1998.
- *Florence Nightingale Today: Healing Leadership Global Action*. American Nurses Association, 2005.
- Mark Bostridge: *Florence Nightingale*. Penguin Books, 2008.
- Peter Vinten-Johansen, Howard Brody, Nigel Paneth, Stephen Rachman, Michael Rip: *Cholera, Chloroform, and the Science of Medicine, A Life of John Snow*. Oxford, 2003.

2 英国の看護師養成教育の大学課程化

鈴木清史

1 はじめに

クリミア戦争での従軍を終えて帰国したナイチンゲールは看護職者養成に新しい手法を導入した。それは看護に統計的手法を採用し、ナイチンゲール・システムとも称される、従来とは一線を画した看護と看護師養成教育で、その後の英国（その植民地そして英語圏で）の看護師養成教育に多大な影響を与えた。しかし、ナイチンゲールが他界すると、看護師はもとよりその養成教育にもさまざまな変化が生じるようになった。

本稿の目的は、ナイチンゲール以降の英国における看護師養成教育の概略をたどり、今日の特徴を検討することである。そのためには、英国の看護・助産の専門職者の団体の変遷の概略と、その役割を知るところから始める必要がある。そして、今日の英国における大学での看護師養成教育の事例を通して、その特徴を検討していく。

2 看護職関連の団体と登録制度

英国では 1850 年代に医師を主体とする医療職者の登録がイングランド、ウェールズ、スコットランド、アイルランドの各州で始まった。これに併せて、1860 年代には看護師登録の必要性も認識されるようになったが、それを担う組織は必ずしも形成されてはいなかった。

1880 年代に入ると、病院（医師）を中心とした病院連盟(Hospital Association)と看護部長委員会(Matron's Committee)は登録制度については歩調を同じくしていたが、看護師養成訓練の期間を巡って論争を繰り返した。そして、病院連盟が独自の登録制度を導入すると、看護部長委員会はそれを支持する派と、そうでない派で 2 分した。当時、看護師養成のただ中にあったナイチンゲールは、どちらにも与しなかった。彼女は看護師の資質は、登録や資格試験には依拠しないと考えていたからである。

しかし、ナイチンゲールが他界（1910 年）すると、看護師の状況にはさまざまな変化が生じるようになった。1 つは、1916 年に創設されたカレッジ・オブ・ナーシング (College of Nursing) である。カレッジ (college) というと、アメリカ合衆国では学部主体の教養基礎教育 (リベラルアーツ) 系の大学であったり、英国では学生寮を付設する学部と訳されることが多い。そのため、カレッジ・オブ・ナーシングを教育機関の「看護大学」ととらえてしまいそうであるが、このカレッジ・オブ・ナーシングは異なる役割を担っている。

看護師を対象にして生まれたこの組織は、専門職としての看護師のための組織である。1928 年には Royal という称を認可され、Royal College of Nursing (RCN) と改称し公的に承認された。看護師は、この機関を通して待遇改善などを主張したが、RCN が正式な職能

組合となるのは実際には 1970 年代である。

英国では、1919 年看護師登録法 (Nurses Registration Act) が成立し、英国保健省も創設された。これに伴い、イングランド、ウェールズ、スコットランドそしてアイルランドの各州でも関連法が成立し、看護師の登録制度は完備されることになった。そして、この制度は 1979 年まで持続された。

英国の看護界が大きく転換するのは 1980 年代に入ってからである。1983 年、全英看護、助産訪問看護委員会 (United Kingdom Central Committee for Nursing Midwifery and Health Visit: UKCC) が生まれ、専門職者の規制組織となった。UKCC は英国内の看護師の登録、専門職者としての行動規範、さらには (患者や病院) 利用者からの苦情に対応した。そして、看護と助産教育課程の監視と、看護学生 of 管理監督も管轄した。

21 世紀に入り、2002 年には UKCC は再編されることになった。これに伴い、全英組織である看護・助産委員会 (Nursing and Midwifery Council: NMC) が生まれた。そして、イングランド、ウェールズ、スコットランドそしてアイルランドの英国を構成する州には、州レベルの委員会が創設された。

3 看護師養成教育の見直し

英国の看護界が変化の兆しを見せた 1980 年代は、看護師養成教育が見直されはじめた時期でもあった。英国では 1960 年代にはいって、スコットランドにあるエジンバラ大学で看護師養成の学士課程が運営されるようになっていた。また、マンチェスター大学でも 1970 年代に入って看護学の初代教授が任命されるという動きもあった。しかし、ナイチンゲール以来、英国の看護師養成教育の「98 パーセントは地域の代表病院に付設された看護学校が担っていた。そして、提供されていた教育は、地域の保健衛生の需要に対応したものであった」(Royal College of Nursing policy Briefing 14/2007)。その教育は、「看護学生がその『職業』を臨床で目と実践で身につける徒弟制度」的特徴を有していた。看護学生たちには給与が支給され、現場の人材としての役割を果たしていた (ibid.)。しかし、そうした養成教育が社会の求めや医療とその技術の進展にそぐわなくなっていたのである。

1986 年看護師養成のあり方を検討した『プロジェクト 2000』(Project 2000) が、英国看護・助産・訪問看護中央委員会によって公表され、英国における看護師養成教育の将来像が提言された。それらの骨子は以下の通りであった。

- ①看護学校を大学教育 (Higher Education Institutions: HEIs) に移管する。
- ②看護学生は「看護職労働力」とは見なさない。
- ③3 年間の教育機関のうち理論学修期間を 18 ヶ月とする。
- ④看護師登録に高等教育修了の資格 (diploma) を要件とする。
- ⑤看護師養成教育カリキュラムを、疾病対応から保健医療モデルと転換させる。

⑥看護師養成教育に18ヶ月間の「共通基礎科目プログラム」を導入する。

⑦看護師登録に必要な課程に加えて、成人、小児・児童、精神、発達障害の専門領域を設定する。

これらの提案骨子に対して、さらなる検討がなされ最終的に以下の変更が加えられた。それらは、①臨床技術を（最初の提言より）割合を増加する、②理論と実践の連携、③教育機関と医療機関との連携、④実習では看護学生に現場担当者をつける、⑤「共通基礎科目プログラム」を12ヶ月間とし、専門領域と公衆衛生についての配分を増やす、である。

その結果、「共通基礎科目プログラム」の教授期間は12ヶ月となり、カリキュラムにおける理論と実践の比率は50対50となった。そして、新体系はヨーロッパ共同体（EU）全体の要件を満たすように制度設計されており、修学期間は専任学生で在籍した場合3年間（最長5年）、パートタイム在籍の場合7年間と定められている。

看護師資格については、成人看護資格がEUで通用する。疾病看護、外科看護、小児、母性、精神、高齢者そして訪問看護などの専門分野の資格については当該国での資格を取得する必要がある。

これらの見直しを経て、2012年英国における看護師養成教育は大学へと移管した。今日、看護師養成教育は英国の看護・助産師委員会（Nursing and Midwifery Council:NMC）と密接な関係のなかで大学課程の教育が提供されている。

4 看護・助産師委員会

2002年に生まれた看護助産委員会（以下、NMC）の中心的役割は看護と助産のあるべき水準を定め、それを改善維持することで、利用者（the public）の保護をすることである。（<http://www.nmc-uk.org/>）。そのための方策として、以下の項目を挙げている。

- ①英国内のすべての看護師と助産師を登録し、英国で勤務するためのきちんとした資格と能力を備えているようにする。。
- ②看護師および助産師が、職業をとおして他界質のヘルスケアを一貫して提供するのに必要な訓練と行動規範の基準を設定する。
- ③看護教育の水準を設定する。
- ④看護師・助産師が再診の技術および知識を習得し、専門職規範の基準を満たせるようにする。
- ⑤助産師が実践および監督するための規範を設定し、安全に活動できるようにする。
- ⑥規範から逸脱した看護師および助産師に対して提出された訴えに対して公正な検証手続きを踏む。

これらの項目に関してのNMCの権限は、2001年に制定された看護・助産法（Nursing and Midwifery Order）で定められている。

NMC は全部で 12 名の委員会構成されているが、半分の 6 名は看護師・助産師以外から選出されている。NMC の資料によると、これらの委員は、外交官、法曹界そして経済界から選ばれている。そして残りの 6 名は看護師・助産師資格を持つ人びとで、各州の代表者を兼ねることになっている。

5 NMC と看護教育

既述のように、英国における看護職養成教育はすべて大学教育の一環として提供されている。英国に特徴的なのは、大別すると 2 つある。1 つは、看護職養成課程に入学すると在籍する学生を対象にした事前登録制度を持っていることである。これは、看護養成教育を提供する教育機関に在籍する学生を、予備看護師として NMC に登録する制度である。英国では、プレレジストレーション（pre-registration）と呼ばれており、「事前登録」あるいは「仮登録」制度と訳することができよう。

2 つめは、予備看護師として登録された看護学生を対象にした教育である。既に述べたように、英国の看護師養成教育では、全国共通の基礎科目プログラム（CFP）が設定されている。そして、それらに加えて各大学が個別に設定している。こうしたカリキュラムについて、NMC は指針となる基準を細かく設定している。それは、「予備登録看護教育のための基準」（Standard for pre-registration nursing education NMC）である。

指定された条件で看護学部を設置している大学教育機関は、NMC が設定した基準を満たしているかどうかの認証を受けなければならない。そして認証されると、認定教育機関（Approved Educational Institution：AEI）と称される。

AEI は 2014 年度時点で、全英で 79 あり、それらは合計で 1000 の課程（registered nurse、小児科専門看護師、精神看護師）を提供している。NMC の発行の文書やパンフレットでは、認証教育機関は AEIs と略して示されている。

NMC が看護教育に関して設定している基準を簡略化してまとめたのが表 1 である。これらの 10 の基準のうち、冒頭の基準 1 は、NMC が掲げる「看護師助産師のための行動、実践および倫理の規範」（The Code: Standard of Conduct, performance and ethics for nurses and midwives）に準拠し、基準 2 は、国の法律（平等法 Equality Act[2010]）の遵守を求めている。そして、これらの 10 の基準は、看護教育課程のあり方、それは英国における看護の現状と目指す方向性に関わるものである。そのために、看護教育を提供している機関とその関係者を主な対象としてかなり細かな事項と定めている。

例えば、基準 3 の入学選抜に関する規程では、志願者の入学資格（読み書き、数学能力、学歴）などの確認はもとより（基準 3 第 1 項、2 項、3 項）、選抜課程での面接機会確保（同 6 項）、将来に実施されることになる実習先（病院施設）からの担当者の関与（同 7 項）が規定されている。さらに、選抜に関わる教員そのものがその業務にふさわしい資格がある

かどうか、平等法をきちんと理解し準拠した行動ができるのかどうかを確認することを求め（同基準第8項）、教育機関は選抜課程を監理（中断権）を担保している（同9項）。

入学以降の学生については学修の進捗についての説明責任を負う（同基準10項、11項）、第4項では、教育機関は看護教育機関の教員と学生を支援することを定めている。

NMCは看護教育において提供されるべき個別の科目を設定してはいない。しかし基準5では、教育プログラムの全体像を次のように提示している。まず、基準5の第1項で、教育プログラムではすべての利害関係者を網羅することを唱う。そして、教育機関（実習期間を含む、障がい者研究の専門家の関与を得て、教育プログラムの企画と運営、そしてその貢献のあり方を利用者（看護学生を含む）に示さねばならないとしている（第1項1と2）。

第2項は、教育機関が学年暦や時間割を明示しなければならない、と規定している。2項の1は修学期間と時間を定めている（大学での学部教育期間は昼間時学生の場合3年で、長期[パートタイム]履修の場合、履修期間は長くなる。しかし、どちらの課程で学修するとしても、看護職養成教育の時間数は4600時間である[ただし、成人、精神、学習障害および小児の分野のうちの1つでの資格登録の場合。2分野の資格を目指す場合、履修期間は最短4年で、学修時間数は6133時間とされている[2項5]）。

看護職養成教育のための時間数である4600時間は、理論と実習にそれぞれ2300時間と2分される（2項2）。そして実習時間に相当する2300時間のうち300時間はシミュレーション施設での臨床に割り当てられている（2項3）。さらに、段階学修制度となっており、段階ごとでの進捗確認とそれぞれの段階での4週間の実習が行われ（第3項2、3）、学位取得（課程修了）までに計12週間の実習を確保しなければならないとされている（第3項4）。そして同項では、看護教育課程において理論と実習の均衡がきちんと確保されていることが求められている（3項6）。

NMCの看護教育の基準は英国での看護師登録を目指しているが、看護学生は在籍する教育機関が提携している海外の教育機関で学ぶことも認めている（第3項7、8）。その期間は看護教育期間全体（昼間学生の場合3年36ヶ月のうち）で、6ヶ月あるいは全教育プログラムの17.5パーセント以下でなければならない。また、理論にしても実習にしても、その学修期間は4週以内と定めている。そして海外での学修機会を提供するに当たり、学生安全確保はもとより、現地での学修に際して関与するすべての人びと、利害関係者の安全確保をはかることを唱っている。

上で述べたように、NMCは教育機関が設定する個別科目を規定していない。しかし、教育プログラムに関わる第5項では、教育機関が取り上げるべき事項を定めている。まず5項4では、教育機関で用いられている教育法と学習法を明らかにし、続く5では教育プログラムが学術的根拠に基づいて確実に構成されていることを示すことを求めている。そし

参考1 NMCによる基準

NMCによる10の基準		
	基準	目的（責任所在・細目の数）
1	利用者のための安全確保	利用者の安全や福利に影響する看護学生（助産資格コースを含む）による行いや、行わないことについての安全を確保する（教育機関、学生、指導教員、実習担当教員・4）
2	平等と多様性	障がいのある人びとのための納得し得る調整、インクルージョン、情報提供、利用可能性および参与を含む平等と多様性についての主要な考え方を提示すること（教育機関・4）
3	看護学生選抜、入学許可、学習の進展と修了	看護教育における学生選抜、入学、進級そして修了過程を確保する（教育機関、13）
4	看護学生と教員支援	在籍学生と教員の専門職者として熟練するために必要な事柄の支援を確保する（教育機関、7）
5	教育プログラムの構成、企画および提供	NMCが設定している認定プログラムの達成と能力と活用力に、看護学生は確実に到達できるようにする（教育機関と提携者、6）
6	実習機会	看護学生の実習機会を確保する（教育機関、5）
7	結果	教育計画による設定された理論と実習学習の結果を確実にする（教育機関、指導教員、実習指導者、3）
8	査定	有効で信頼できる査定手法を用いて、認証されている教育プログラムの結果、能力および活用度は必ず確認されていること（教育機関、指導教員、実習指導者、2）
9	教育資源	理論であっても実習であっても教育の現場で用いられている物的資源と、教育プログラムを監理し提供するための人的資源の確認
10	質の確保	NMCが認定している教育機関と実習機関の質管理体系を確認する（地域ごとの教育機関、3）

[出典:Standard for pre-registration nursing education NMC]

参考2 NMC 基準による教育プログラム

基準5第6項 教育プログラム	
基準5第6項1 提供すべき分野（科目に関連）	基準5第6項2 全科目に含まれる知識、技術、技能など
1) 看護理論と看護実践理論、 2) 研究法と根拠（エビデンス）活用 3) 専門職規範、倫理、法律そして人道 4) コミュニケーションと保健医療情報学 5) 人体科学（解剖学と生理学） 6) 薬理学と薬管理 7) 社会、保健医療および行動科学 8) 保健医療政策原理（国内国際で公衆衛生を含む） 9) 監督、指導および管理の原則 10) 組織論（構造、体系および過程） 11) 健康条件の要因と、身体と精神の保健医療作用 12) ベスト・プラクティス 13) 保健医療技術 13) 救急療法の基礎と事故対応	コミュニケーション（意思疎通）・思いやり・威厳 情緒的支援 平等・多様性・包含・諸権利 帰属意識・外見・自尊 独立性、

て、教育プログラムを修了することで、大学修了を示す学位が取得できるようにしている。

第5項6の1では、看護師養成のための学修分野とそれらに含まれていなければならない事項を定めており、これらは看護職養成教育機関が提供することになる科目に関わっている。次の6の2では、看護職者に求められる知識、技術、技能などが、どの科目においても確実に教授されることを求めている。それら2つをまとめたのが表2である。

繰り返すことになるが、上記の参考1に示された第6項2の事項は、提供されるべき科目のすべてに含まれていなければならないというのがNMCの指針である。

提供されるべき分野とそれに含まれるべき事項を明示したあと、NMCは実習での基準も示している（基準6）。この基準は全部で6項目で構成されている。第1項で、実習については、日程、期待される成果と評価の仕方を明記することがまず示されている。そして、指導教員と実習担当教員は、実習に際しての学修支援と評価基準の規程を習得し（第2項）、指導教員と実習教員資格が同規程に準拠していることが教育機関によって確認されていなければならないとする（第3項）。

実習が行なわれる施設については、客観的基準と手続きを用いて2年ごとに審査を行い、

認定をしなければならないと定めている（第 4 項）。そして第 5 項では、看護教育プログラムが意図する成果を満たす機会を、実際に臨床実習を経験する学生が確実に享受できるようにすることを定めている。そのために、第 5 項では 5 つの細目を明記している。それらには、2300 時間の実習時間の確保と、その過程では健康状態にある人びととそうではない人びととの直接体験を通して、学修した理論的知識が確認できるようにすることと 300 時間のシミュレーション学習を明記している（第 6 項 5 の 1）。そして、実習は、コミュニティ、病院その他の環境で行われるべきであることを示し（5 の 2）、実習では 1 週 7 日 24 時間の勤務経験をするべきであるとしている（5 の 3）。年齢が 18 歳以下の学部生が実習を経験するまえには、リスク査定を行うことを求め（5 の 4）、成人看護教育の臨床実習は、別に定める規程（2005/36/EC Annex V.2）を満たす必要があるとしている（5 の 5）。基準 5 と 6 で示された教育関連の項目に加えて、7 から 10 までの基準は、表 1 にあるように教育機関の教育体制や運営に関わる項目となっている。

6 看護教育における「文化ケア」科目の事例 — サルフォード大学看護学部の場合 — 学部の概要

英国イングランド中部に位置するマンチェスターはかつては繊維産業で栄えた工業都市である。世界の工場として英国が重軽工業の中心的存在であったころから、マンチェスターでは技術者の養成を目指して、早くから専門学校が開設されていた。以下で取り上げるサルフォード大学看護学部も、そうした専門職学校（王立技術専門校当学校 Royal College of Advanced Technology）を前身として、1967 年にサルフォード大学（Salford University）として改組改編され開設された。

大学（University）は 4 つの学群（College）で構成されている（ここで用いられている college は faculty [学部と訳される] と同等の意味であるが、college に属する school [学科に相当] の規模が大きいので、学群と訳している）。1 つは、人文社会科学学群（College of Arts and Social Sciences）で、ここには芸術・メディア学部、人文言語社会科学部がある。2 つめは、経営・法学学群（College of Business and Law）で、経営学部と法学部がある。3 つめは、科学・技術学群（College of Science and Technology）で、コンピュータ、科学、工学部、環境生命科学部、建築学部を擁している。

4 つめは保健医療社会ケア学群（College of Health and Social Care）で、この学群には、保健医療科学部と看護・助産、社会福祉、社会科学部を所属している。看護学部の英国での正式名は英語で、School of Nursing, Midwifery, Social Work and Social Sciences という。直訳すれば、「看護・助産、社会福祉および社会科学部」となる。このような学部構成になっているのは、看護・助産が、その本質において「疾病治療」「保健衛生」ととどまらない現象を対象とする分野であるからだろう。

大学の資料によれば、保健医療社会ケア学群の各学部は、英国保健サービスがイングランド北西部地域で経営している病院と提携していること、サルフォード公立病院（筆者補足：大学本部から徒歩圏内にある）の運営に関わっている。

この学群に所属する看護・助産、社会福祉および社会科学部には、学部課程、大学院課程（講義中心）、継続教育課程（社会福祉系）、大学院課程（研究・論文中心）、継続教育課程（保健医療系）が設置されている。そして学部課程には、臨床心理士課程、犯罪学課程、社会学、社会政策、社会福祉などの社会科学系の課程に加えて、この学部の中心となっている保健医療系の課程と看護師養成系の課程がある。前者には、学習障害（特別支援）看護・社会福祉と保健医療実務系の課程がある。看護師養成課程は、成人看護、助産師、小児・児童、精神看護の領域が提供されている。

助産師以降の資格を得るには、登録看護師（Registered Nurse：成人看護）資格取得科目に加えて、専門に関わる付加的科目と実習が必要となる。看護師養成課程での小児・児童、精神、助産というような細分化された資格は、英国保健サービスの指針に準拠しており、英国の多くの看護系学部に見ることができる。

以下では、基本となる登録看護師養成の課程を取り上げて、サルフォード大学のカリキュラム事例を紹介する。

7 登録看護師養成課程の事例

英国の大学の学士課程の修学期間は3年が基本である。3年の看護学部課程を修了すると、看護師として登録することができる。そして学部3年課程を修了後、さらに1年間の課程が用意されている。これは、主に専門的な研究を継続して行う課程で、オナーズ（Honours）と称されている（英和辞書ではhonourの邦訳は「名誉」がまず登場する。複数形のhonoursとなると「大学で特別コースの試験に合格して得る優等（の学位）」とある〔Kenkyusha's New English-Japanese Dictionary〕）。

3年間の学部課程修了後、オナーズ課程に進学し、所定の履修を終えると学位に（Hon.）という表記がなされる。オナーズは、研究学位課程につながる前段階と示されることが一般的である（オナーズの学位は、成績評価も併せて表記されることもある）。英国系の大学教育体系を施行している国では、この課程を修了することは3年間で授与される学部学位よりも高く評価される傾向にある。大学院での研究を目指す場合、最近ではオナーズ課程の修了は前提条件になっている。オナーズの課程は、基本の登録看護師課程はもちろん、助産、小児・児童、精神の各看護師養成にも設置されている。以下では、3年制の学部課程のカリキュラムを提示する。

8 成人看護の養成課程

英国の大学の入学時期は秋と春の 2 回設定されていることが多い。どちらの時期に入学しても履修課程は同じである。看護師養成課程の場合、3 年間の全課程は 4600 時間で構成されており、そのうちの半分は臨床での履修となっている。そして各学年での修得目標は次の通りである。

第 1 学年

「この学年においては、医療保健サービスの利用者、ケア提供者、さらに関係者の求めに必要な基本的知識、技術そして専門職者としての姿勢を習得する。多様で多文化な社会において保健医療に影響を与えている要因についての意識に加えて、保健医療(ヘルス)、公衆衛生、そして健康増進に関わる諸概念にまつわる知識を増進する。これらの目標は、登録看護師および自分が希望する領域でもとられる基本的な技術と知識の習得を通して達成できることになる」

第 2 学年

「看護実践において、意志決定、問題解決手法そして用いる技術の選択を分析することで、人びとの寿命の各段階ごとでの精神や身体的健康度の包括的ケアの提供と増進に求められる基本的知識、技術そして専門職としての姿勢を修得する。成人医療を利用できるのはどのような人びとで、患者、ケア提供者そして利用者(患者)の親族らの保護の仕方を考える」

第 3 学年

「看護学生から専門職としての看護師への移行のための準備を行う。その際には自分だけでなく、他者に対しても効果をもたらすように専門家として自発的に対応できるようにする。そして看護の専門技術と、知識を患者あるいはわれわれのサービス利用者も取り込んだ最善の証拠を用いて実践できるようにすることである」

9 提供科目

この学部が提供する入学案内では、個別科目の提示はなされていない。代わりにテーマごとの枠組みであるモジュール(module)が示されている。モジュールとは、従来の分野や学部をにとらわれず、ある事例を超領域的に研究、学習するための基本的な枠組みである。これらのモジュールも学年ごとに一覧して示している(章末資料 1 参照)。

成人看護と称されている看護師登録の基本の課程を事例にして、モジュールを紹介する。この課程で初年度に提供されているのは、「看護のための知識と実践の基礎」「看護と保健医療」「臨床実践入門」(成人)の 3 つのモジュールである。前の 2 つのモジュールは、

小児・児童、助産、精神の看護の分野にも共通しており、「臨床実践入門」に、それぞれの固有のモジュールが用意されている。

2 年次になると、必修と選択必修のモジュールが用意されている。その選択必修の科目の中に、文化ケアに関わるモジュールが設定されている。そのシラバスの主要項目を抜粋して箇条書きで提示する。

このモジュールの名称は、「文化意識、保健医療ケアそしてグローバル化」である。20 単位の科目で、140 時間の理論、75 時間の実習そして受講のための事前学習時間は 17.5 時間とされている（なお、単位数については、EU 基準[European Credit Transfer System]では 10 単位として換算されている）。

このモジュールでは、実習が並行して実施されている。これは NMC の基準準拠に相当し(One Practice Assessment)、上級年次に求められる知識と技術の基礎になると位置づけられている。

科目の目的の目的としては、次の 4 つが設定されている。

- 1) 多文化多民族コミュニティの人びとが保健医療を経験する際のニーズを調べる。
- 2) 看護と保健医療ケアにおける文化的事象に関連する理論と実践を分析する。
- 3) 国際的なコミュニティないで保健医療ケアを提供するときに看護師や他の保健医療専門職者の任務に、政治的社会的文脈がどのように影響を与えるかを検証する。
- 4) レベル 4 から 5（1 年から 2 年）への移行において、自らが学ぶ姿勢をとることができるようにする。

このモジュールの履修を通して期待されている成果は、6 つある。それらは次の通りである。

- 1) 文化、人種そして民族性の概念を検討しケアの提供との関係性を批判的に分析する。
- 2) 健康と病気信念を批判的に分析し、保健医療専門職者と患者との関係への影響を批判的に分析する。
- 3) 多国家およびグローバルなレベルでの保健医療への利用可能性と提供にかかわる決定要因を探る。
- 4) 保健医療ケアのための文化的フレームワーク、査定ツールそして応用性を評価する
- 5) 介入を支援するための証拠を用いて任意のケア環境における文化事象を検証し考察する。
- 6) 2 年次前期に相当する臨床実習アセスメント文書で示されている能力を示す。

履修に際して、関連する技術や属性については、コミュニケーション、計算力、情報機器、自学自習の姿勢、他者との連携に関わる知識と技術、問題解決と教育法が示されている。

このように、サルフォード大学看護学部で提供されている文化ケアに関わるモジュールは 2 段階構成になっている。まず理論的側面として、多民族社会英国での看護実践に必要な

と思われる基本的知識ー文化概念、文化（民族）集団に固有の健康信念というイデオロギー的要素を授業で提供している。そして、その知識を実践の場で試すのである。

シラバスからはわかりにくいだが、英国中部の北西地方のマンチェスターは南アジア系の市民が地域人口でも高い割合を示している。こうした状況から、多文化対応の一助となる知識を提供する科目設置が必要であるのかもしれない。

参考文献

Nursing and Midwifery Council (NMC)

The Code: Standard of Conduct, performance and ethics for nurses and midwives

Equality and Diversity Annual Report, 1 April 2013 to 31 March 2014

Equality objectives action plan, April 2014-March 2015

Guidance on professional conduct; For nursing and midwifery students

The History of Nursing and midwifery regulation

Standard for pre-registration nursing education NMC

NMC 関連情報 ([http:// www.nmc-uk.org/](http://www.nmc-uk.org/))

Royal College of Nursing (RCN)

RCN Policy Unit/ Policy Briefing 14/2007 Pre-registration Nurse Education. The NMC review and the issues

RCN 関連情報 (www.rcn.org.uk)

School of Nursing, Midwifery, social Work and Social Sciences, Salford University のシラバス

2014 PRE-REG BSC HONS IN NURSING, Module : The Cultural Awareness, Health care and Globalization

サルフォード大学関連情報 (www.salford.ac.uk)

学年別モジュール一覧	
学年	資料1
1	<p>モジュール</p> <p>すべて必修（共通基礎科目CFP）</p> <p>「看護のための知識と実践の基礎」</p> <p>看護に必要な専門的価値・コミュニケーションと対人関係に焦点を当て、患者、ケア提供者らの求めに対応できる基本的技術と専門的姿勢を修得する。</p> <p>「看護と保健医療」</p> <p>このモジュールでは、多様で多文化社会における個人や集団の健康に影響を与える要因の意識を含む保健医療、公衆衛生としてヘルス・プロモーション概念についての知識を習得する。</p> <p>「臨床実践入門」（成人）</p> <p>一般看護の概念から成人看護のあり方と、外科医療（内科）看護の入門知識を学ぶ。事例から状況を探り、看護ケアの提供の仕方を調べ、アセスメント、看護計画、看護計画、インプリメントとして提供したケアの評価を行う。実習室でのシミュレーション活用によって、コミュニケーション、対人そして問題解決技術が看護の核心部分にどの程度関わっているのかを実際に学び、理解する。</p>
2	<p>必修</p> <p>「生涯をとおしての精神・身体保健医療と健康で幸福な状態(well-being)」</p> <p>ケアを提供する多様な状況の中で、人間の生涯を通して生じる精神と身体に関わる保健医療に包括的なケアを提供、増進するのに必要な専門的姿勢、技術そして基礎的知識を提供する。</p> <p>「看護実践と決定過程」（成人）</p> <p>急性の身体的かつ／あるいは精神的健康障害を見極め、かつ対応する術を学ぶ。家族やケア提供者に急性疾患が与える影響と、急性期の状況に対処する時に専門職間の対応の重要性を学ぶ。</p>
選択必修（以下から2モジュール選択）	
「認知行動療法：短期介入」	
臨床実習の差異の認知行動介入の適用評価	
「文化認識、保健医療とグローバル化」	
保健医療のケアを経験するとき発生する多文化、多民族間のコミュニケーションの必要性を考える。	
「終末看護」	
すべての疾患および年齢層の個人そして近親者に関わる終末期ケアで必要なことに対応するために、知識、技術そして姿勢の向上を図る。	
「人間関係とカウンセリング入門」	
コミュニケーション、カウンセリングそして人間関係に関わる知識、技術そして姿勢を開発する。	
「公衆衛生の理論・政策そして実践」	
英国における公衆衛生実践を支えている理論的政策的背景を評価する。	
「弱者対応」	
保健医療の利用者を乱用や障害にさらす主要因を探る。	
「生殖保健学」	
保健医療利用者に対応する生殖保健の原則を探り、ケアを提供する多様な状況と年齢層を横断する生殖保健の提供に関わる複雑性を調べる。	
「薬物乱用と自傷癖」	
薬物乱用、自傷癖のある個人に関わるケアに必要な知識、技術そして基本的姿勢を学ぶ。	
「家族・ケア提供者支援」	
看護と保健医療において家族やケア提供者を含む原則や現実に関わる知識、技術そして姿勢を修得する。	
3	<p>必修</p> <p>「移行準備」</p> <p>看護学生から登録看護師へと移行するのに基本となる知識、技術そして価値観を学ぶ。</p> <p>「実践のためのエビデンス」（基幹・選択領域）</p> <p>患者、小児、児童そして看護の利用者とともに看護専門技術と知識を統合するための証拠（エビデンス）を使い実践力を向上する。</p> <p>「専門職実践」準備（成人）</p> <p>登録看護師として必要な能力を習得し、看護学生から有資格看護師として移行過程に対応できるようにする。</p>
[出典]サルフォード大学看護学部入学案内より 改変	

資料2		文化ケア関連モジュールシラバス (邦訳に際して一部省略している)
1 科目名		文化意識、保健医療ケアそしてグローバル化
2 単位		20 (EUでの看護師養成教育課程での換算単位数european credit transfersystem)
3 構成時間数		理論＝140時間／実習＝75時間／事前自習＝17.5時間
4 科目位置づけ		科目履修期間中に実習が行われる。これはNMC基準準拠のためになる実習1 (One Practice Assessment)に相当し、上級年次に求められる知識と技術の基礎となる。
5 科目の目的		1) 多文化多民族コミュニティの人びとが保健医療を経験する際のニーズを調べる。 2) 看護と保健医療ケアにおける文化的事象に関連する理論と実践を分析する。 3) 国際的なコミュニティ内で保健医療ケアを提供するときに看護師や他の保健医療専門職者の任務に、政治的社会的文脈がどのようにに影響を与えるかを検証する。 4) レヴェル4から5 (1年から2年) への移行において、自らが学ぶ姿勢をとることができるようにする。
6 期待する成果		1) 文化、人種そして民族性の概念を検討しケアの提供との関係性を批判的に分析する 2) 健康と病氣信念を批判的に分析し、保健医療専門職者と患者との関係への影響を判的に分析する。 3) 多国家およびグローバルなレヴェルでの保健医療への利用可能性と提供にかかわる決定要因を探る。 4) 保健医療ケアのための文化的フレームワーク、査定ツールそして応用性を評価する 5) 介入を支援するための証拠を用いて任意のケア環境における文化事象を検証し考察する。 6) 2年次前期に相当する臨床実習アセスメント文書で示されている能力を示す。
7 関連する技術や属性		
コミュニケーション		議論に参加する能力を示す／通文化的に有効なコミュニケーション技術を示す。
計算力		大学2年次に相当する数学力
情報機器		理論・実践環境で電子機器を使用できること／情報資料を独力で検索し入手できること
自学自習		専門職への計画立案すること／ 実習と自己についての内省ができること／ 時間管理能力を持つこと／ レヴェル5の学修で期待されていることを論じ、学修成果とアセスメントの内容に応用できること／ 検索結果を管理し参考にする知識を確認すること
他者との連携		集団環境で対応できること。問題対応学習と自主学習
問題解決		患者集団に固有の問題を把握し、それらに対する対応策を講じること
学修と教育法		問題対応学習／集団学修／講義／学生間発表／ゼミ／Virtual Learning Environment (eラーニング)／自習／ワークショップ／実習
8 成績評価(方法・評価区分)		最終レポート 2250 words (採点比重 100%) / 合格／不合格
8 レポート課題		(1題選択) 1) グローバル・ヘルスに関わる課題を1つ選び、複数の異なる国々でこれに対応するためは、看護と保健医療はどのようなに提供されるべきかを論じる。 2) 個人あるいは集団の健康と病氣信念は、かれらが受ける看護ケアに大きな影を与える。臨床現場での医療保健専門職者と患者の関係性に対する健康および病氣信念とその影響について論じる。 3) 看護師が患者やケア受容者に固有のニーズを確認するために、臨床実践で用いている通文化的フレームワークとケアのモデルを論じる。
[出典] サルフォード大学看護学部 Cultural Awareness, Health Care and Globalisationの2014-2015年度シラバス 担当者からの提供		

3 Cultural competency in nursing education in the United States

Lourdes R. Herrera C.

Introduction

Scientific and academic nursing institutions and professional nursing organizations started the discussion on cultural care in nursing education in the United States of America, in the 1980' s. Statements, initiatives and policies relevant to the introduction of cultural care in nursing education are influenced by federal and national policies. In 2000, the Office of Minority Health (U.S. Department of Health and Human Services) published the first National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate services in Health Care (National CLAS Standards), which provided a framework for all health care organizations that serve the nation' s increasingly diverse communities. In 2010, the Office of Minority Health launched an initiative to revise the National CLAS Standards and improve their clarity to ensure understanding and implementation. The first part of this report provides an overview of statements, initiatives and policies issued by U.S. academic institutions and professional organizations. The second part introduces the current nursing curriculum of University of Cincinnati and some extracurricular activities to approach cultural care.

PART I. Professional and educational nursing organizations position statements, initiatives and policies on culturally competent care

1. American Nurses Association (ANA) position: Cultural diversity in nursing practice

The ANA issued its first position statement on cultural diversity in nursing curricula in 1986. Later in October of 1991, the ANA issued a new statement describing the features of an operational definition of cultural diversity as it is expressed in nursing practice, education, administration and research. ANA statements can be found under the "Policy and Advocacy" section of the ANA official site¹⁾. The two statements refer to nursing practice and education in general and they give general orientation for policies. In 1998, a no less important statement on discrimination and racism in health care was also issued. It emphasizes the importance of promoting cultural diversity and linguistic training/education for nurses at the national and state levels and reaffirms the ANA commitment to employ nurses from culturally and otherwise diverse backgrounds into the association at the national level. It also encourages

states to prepare and promote nurses from culturally and otherwise diverse backgrounds into leadership positions within the association.

1.1. The American Nurses Credentialing Center (ANCC), a subsidiary of ANA, reviews professional nurses' credentials for potential inclusion in the National Certification list.

Two credentials in cultural care are recognized by the ANCC. Both are Magnet-National Credentials offered by the Transcultural Nursing Certification Commission:

a) Certification in Transcultural Nursing – Advanced (active from August of 2013)

Certification requirements are displayed on the homepage of the Transcultural Nursing Society (TNS)²⁾.

b) Certified Transcultural Nursing – Basic (active from February of 2009).

Certification requirements are displayed on the homepage of the TNS ³⁾.

2. American Academy of Nursing (AAN): Resources for cultural competent BSN education

Established in 1973, the AAN⁴⁾ is a professional organization that gathers distinguished leaders in nursing who have been recognized for their contributions to the nursing profession and to health care.

“Expert panels” is one of the AAN initiatives. Expert panels refer to committees especially assigned to review current research and needs within a specific field to make recommendations that the AAN should undertake to transform health policy and practice.

In 2001, an “Expert Panel on Cultural Competence & Health Equity” was conducted to integrate socio-cultural data into new and existing health technologies and informatics to plan, implement, and evaluate culturally competent care. The panel's goal was to synthesize evidence for practice to determine appropriate application of interventions across diverse populations.

In 2010 the AAN together with the Transcultural Nursing Society developed a set of standards for cultural competence in nursing practice. Their aim was to develop standards that could be applied by nurses around the world in the areas of clinical practice, research, education and administration.

In 2008, the AAN released the “Tool kit of resources for cultural competent education for baccalaureate nurses” . The tool kit, a 29 page downloadable tool, identifies

significant content, teaching-learning activities, and resources to help faculty integrate cultural competency into the nursing curriculum.

3. American Association of Colleges of Nursing (AACN): Position statement on diversity and equality of opportunity

AACN considers that diversity and equality of opportunity are core values of all educational systems. AACN recognizes that because of the demographic characteristics of the population of the United States, diversity and inclusion are central issues for professional organizations and academic institutions.

In 2004, the AACN Board of Directors reaffirmed its position that baccalaureate education is the minimum level required for entry into professional nursing practice in today's complex healthcare and in 2008 endorsed "The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice" ⁽⁵⁾ (63 page downloadable document). This document emphasizes such concepts as patient centered care, inter professional teams, evidence based practice, patient safety, informatics, clinical reasoning/critical thinking, cultural sensitivity and practice across the lifespan in an ever changing and complex healthcare environment

Health care providers, especially the nursing profession should reflect and value the diversity of the populations and communities they serve. AACN believes that leadership in nursing can respond to diverse population issues by accelerating the inclusion of groups, cultures, and ideas that traditionally have been underrepresented in higher education. They propose that nursing programs must offer a supportive learning environment and curriculum in which students, staff, and faculty from different backgrounds and from the entire spectrum of society fully participate in the nursing educational process.

4. Summary

Professional and educational nursing organizations enhance the importance of the promotion of cultural diversity and linguistic training education for the nursing career in a country where health outcomes are challenged by diversity.

Most organizational policies and statements emphasize the promotion of diversity through equality of opportunity and inclusion of groups that are commonly underrepresented in nursing college education. Moreover, the AACN suggests the provision of an educational environment where faculty, students and staff reflect the

reality of the country.

While advanced and continuous education in transcultural nursing is available for nurse professionals, BSN programs are encouraged to incorporate cultural care concepts into their curriculum.

PART II. University of Cincinnati, College of Nursing

1. General Information

University of Cincinnati (UC) started to offer BSN in 1916. One of the purposes of the college is to prepare beginning and advanced practitioner for diverse population. By 2013, there were 1,047 undergraduate students and 1,575 graduate students. Sixteen percent of undergraduate and 22% of graduate students belong to minority groups.

Undergraduate students can choose to join the International Clinical Experience course and travel to Dominican Republic, Ecuador, Honduras and Tanzania. The college has recently established a partnership agreement with Kyorin University.

2. Undergraduate semester schema

A total of 121 semester credits are required for the BSN degree.

“Diversity and Culture” is a 3- credit elective course delivered to freshmen in the first semester and the only course related to cultural care in the curriculum.

Rather than including separate or isolated courses for achievement of cultural competencies in baccalaureate nursing education, the college focuses in a more integral approach in which students are guaranteed exposure to a diverse environment and the topic of cultural care is included in every taught course.

3. Faculty development: Research, education and diversity

“Diversity inclusion in program grants and educational research” was part of the continuing education program. This and other sessions related to research and education on diversity are delivered to the college faculty and open to other nurses members of the Ohio Board of Nursing.

4. Diversity Advisory Council

4.1. Commitment to Diversity

UC College of Nursing aims to close the health gap in current disparities in partnership with the Academic Health Center (colleges of allied health sciences, medicine, nursing and pharmacy). Through student pipeline programs, innovative

practices, and strategic partnerships in the surrounding community, the college approaches diversity in its fullest sense. Diversifying the pool of students and enhancing their academic and extra-curricular experiences at local and global levels are strategies through which the college infuses the field of nursing with culturally competent and diverse individuals.

4.2. Urban Universities for HEALTH Project

In 2012, UC was selected to be one of five universities to participate in the Urban Universities for Health learning collaborative, formulating a partnership between higher education institutions that serve as a workforce to research, develop and define best practices in producing a culturally competent and diverse health care workforce to reduce health disparities.

4.3. Student recruiting policy: “Leadership 2.0: Nursing’s Next Generation” program

Increasing diversity representation is the purpose of the Leadership 2.0 program, a comprehensive program that seeks to increase the number of first generation, underrepresented ethnically and/or economically disadvantaged students in the college of nursing. The program includes a pre-college outreach program, summer bridge program and campus-wide academic support and retention activities.

Attached materials were provided to the research team member by the office of student affairs, program coordinator for recruitment, Ms. Andrea S. Davis. The research team member joined one of the weekly recruiting sessions for students and their families.

5. Extracurricular activities: Diversity movie night series

A series of movies and discussion sessions on diversity topics were programmed for 2014. The research team member joined the movie and discussion session programmed for October 9th. The session was facilitated by Ms. Jasmine Burno from the nursing research area. Session attendees included faculty, the dean, administrative staff and students.

Cited Websites

1) American Nursing Association. “American Nursing Association Policy and Advocacy” <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/Positions-and-Resolutions/ANAPositionStatements/Position-Statements-Alphabetically/prtetcldv14444.html>.

(accessed: 2014-09-10)

2) Transcultural Nursing Association. “Advanced Certification Requirements, CTN-A”

<http://www.tcns.org/Certificationctnarequire.html>, (accessed: 2014-10-01)

3) Transcultural Nursing Association. “Advanced Certification Requirements, CTN-B”

<http://www.tcns.org/CTN-BCertificationrequire.html>, (accessed: 2014-10-01)

4) American Academy of Nursing. “Health Policy” <http://www.aannet.org/home>, (accessed: 2015-01-24)

5) American Association of Colleges of Nursing. “The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice, October 2008” . <http://www.aacn>.

BSN Undergraduate Semester Schema

Total Semester Credits Required for BSN Degree = 121

First-Year Semester 1			First-Year Semester 2		
COURSE NUMBER	COURSE TITLE	SEMESTER CREDITS	COURSE NUMBER	COURSE TITLE	SEMESTER CREDITS
BIOL2001C	Anatomy & Physiology	4	BIOL2002C	Anatomy & Physiology	4
CHEM1020	Intro to Chemistry/Biochemistry	3	BIOL2031C	Microbiology (with lab)	3
CHEM1020L	Intro to Chemistry/Biochemistry Lab	1			
XXXXXXX	Diversity & Culture Elective	3	ENGL1001	English Composition	3
PSYC1001	Intro to Psychology	3	SOC1001	Intro to Sociology	3
NURS1001	Success in College and Nursing	2	NBSN 1001	Intro to Professional Nursing	3
		16			16

SOPHOMORE YEAR

BSN Semester 3			BSN Semester 4		
COURSE NUMBER	COURSE TITLE	SEMESTER CREDITS	COURSE NUMBER	COURSE TITLE	SEMESTER CREDITS
NBSN 2001C	Concepts and Practice for the Novice <i>Foundations of Nursing Practice 1</i>		ENGL 2089	Intermediate Composition	3
	<i>Nursing Health Assessment</i>	4 Classroom	NBSN 2007	Pharmacology for Nurses	3
	<i>Lab/Clinical Immersion</i>	2 Clinical 3 hr	NBSN 2008	Nutrition	3
NBSN 2005	Pathophysiology	4	NBSN 2002C	Advanced Concept & Practice for the Novice	5
EDST 2001*	Early and Middle Childhood Development	3			
NBSN 2006	Intro to Genetics for Professional Nursing Practice	2			
		15			14

*We will accept PSYC2005 in place of EDST2001.

JUNIOR YEAR

BSN Semester 5			BSN Semester 6		
COURSE NUMBER	COURSE TITLE	SEMESTER CREDITS	COURSE NUMBER	COURSE TITLE	SEMESTER CREDITS
NBSN 3001C	Nursing Care of Adults	6	NBSN 3010C/3020C or 3030C	Children/Childbearing OR Mental Health Across the Lifespan	(8) 6
STAT1034	Statistics for Health Sciences	3	NBSN 3040C XXXXXXXX	Community as Partner OR Elective* (FA or HU)	3 (3)
NBSN 3003	Scientific Basis for Professional Nursing Practice	3	NBSN 3004	Gerontological Nursing Practice	3
NBSN 3002	Concepts of Community	3	HISTXXXX	Elective (History)	3
		15			15-17

* ½ of the Junior cohort will take Community as Partner in Spring Semester 6, the other half will take it in Fall Semester 7. If you take Community in Spring Semester 6, you will take the FA/HU elective in Fall and vice versa.

SENIOR YEAR

BSN Semester 7			BSN Semester 8		
COURSE NUMBER	COURSE TITLE	SEMESTER CREDITS	COURSE NUMBER	COURSE TITLE	SEMESTER CREDITS
NBSN 3010C/3020C or NBSN 3030C	Children/Childbearing OR Mental Health Across the Lifespan	(8) 6	NBSN 4020	Capstone	3
NBSN 3040C XXXXXXXX	Community as Partner OR FA/HU or Nursing Elective**	3 (3)	NBSN 4002C	Complex Health Care	9
NBSN 4001	Leadership & Management	4	XXXXXXXX	FA/HU or Nursing Elective	3
		13-15			15

** A Nursing Elective must be taken in the senior year. If you still need the FA/HU elective requirement you can do that in the fall or spring semester of the senior year opposite your senior elective.

Diversity Inclusion in Program Grants and Educational Research

INRS Educational Forum

Procter Hall, Room 432

Monday, October 20, 2014 from 2:45 to 4:15

Speakers: Greer Glazer, Karen Bankston, and Kimberly McGinnis



To view this session via AdobeConnect, log onto ucnursing.adobeconnect.com/inrs

Objectives

- Explain the importance of diversity & inclusion in nursing education.
- Discuss the program evaluation process.
- Summarize how the research findings are used to direct students' intervention.

Approved contact hours: 1.5 Continuing education contact hours for nurses are approved by the Ohio Board of Nursing, through the OBN Approver Unit at the University of Cincinnati College of Nursing, Continuing Education Program, (OBN-011-93). Contact hours are valid in most states. Contact hours are pending approval.

Diversity Movie Night Series

Thursday, 10/09/2014, 4pm-6pm

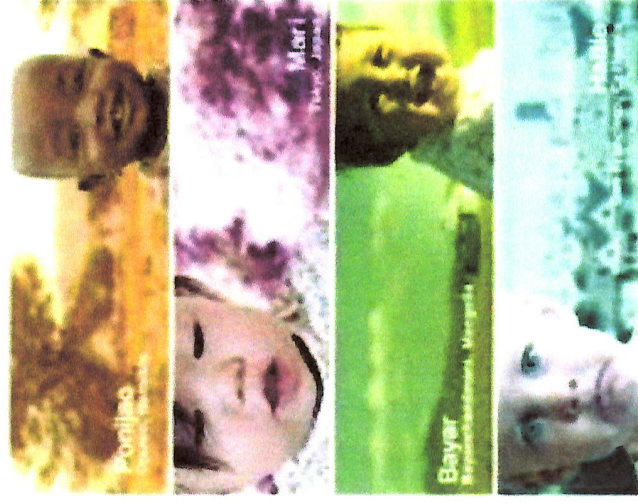
Movie: *Everybody Loves... Babies*

Room: 101 Procter Hall

Facilitator: Jasmine Burno

Contact Jasmine Burno for details at
513.558.5302 or jasmine.burno@uc.edu

Popcorn and other refreshments provided



BABIES

Harvey Keitel's story

UC
UNIVERSITY OF
Cincinnati

college of nursing

4 オーストラリアにおける看護師養成教育の展開

鈴木清史

1 はじめに

オーストラリア大陸は、赤道を挟んで日本のほぼ反対側に位置している。この地には今から数万年以前から、肌の色が黒いオーストラロイド系の人びとが暮らしてきた。しかし、今日多くの日本人になじみがあるオーストラリアは白人系ヨーロッパ人が主体の国である。これは、1770年にこの大陸の領有権を宣言した英国が、18年後に流刑植民地として開発をはじめたことによるものである。以来、この地の諸制度や生活様式は、宗主国英国のそれらを模範としてきた。そして、1901年にオーストラリアとして独立国家となっても、それは続いた。

一方でオーストラリアの地理的環境や、国の成り立ちから派生する社会的条件は、この国の独自性をはぐくんできている。それは、保健医療と看護の分野においても当てはまる。

以下では、まずオーストラリアの看護師養成教育の変遷と今日の状況を概観する。次に大学での看護師養成教育課程の事例を紹介し、同国でのこの分野の大学教育の特徴を紹介する。

なお、オーストラリアには6つの州があり、州ごとに教育、医療、福祉などの政策を施行してきた。しかし、近年連邦政府の影響が大きくなり、国の政策指針が各州の施策の骨子となっている。本稿では、オーストラリアの全体的特徴できる限り提示するようにするが、資料の都合によって各州の事柄を引用することもある。

2 看護教育の変遷

2-1 黎明期

オーストラリアは、1788年英国の流刑植民地として始まった。最初に移住させられた人びとは1000人あまりであった。第2回目の1791年に行われた囚人移住の規模もほぼ同じだった。母国である英国や植民地政府の官吏を別にすると、移住者は英国では犯罪者（軽犯罪がほとんどだった）で、かれらのほとんどが貧困層の出身であった。そして植民地への移住は本人の意志に基づくものではなく強制だった。

宗主国の英国から見れば、オーストラリアは地球の反対側の遠く離れた新しい入植地であった。そしてこの地が犯罪者を収容する流刑地であったことから、植民地における人びとへの福利は劣悪であった。そのため、最初の開拓地であるシドニーの地に病院だといえそうな施設が初めて設立されたのは入植後約4半世紀が経過した1811年であった。この

施設で医療に従事したのは、植民地政府の一員として英国から派遣されていた医師であり、補助する看護に従事したのは囚人として流刑されていた少数の男女だった。

英国からは本国での囚人の強制移住はその後も続いたが、19 世紀に入ると、さまざまな職種の自由移民がこの地を目指すようになった。看護職者に関しては、1838 年にアイルランドを拠点とするキリスト教団体のシスターズ・オブ・チャリティ（慈愛修女会）が看護訓練を受けた 5 名をニュー・サウス・ウェールズ植民地の病院施設（後のシドニー病院）に派遣した。しかし、植民地での人材育成のための活動には至らなかった。この時期の看護は、家庭の「世話」と大きくは変わらない状態が続いた（Durdin 1991）。

オーストラリアの看護師養成教育に多大な影響を与えたのは、ロンドンのセント・トーマス病院のナイチンゲールの下で看護教育を受けた直弟子の一人であるルーシー・オズバーン(Lucy Osburn)と、部下の 5 人の看護師たちであった(Nelson and Rafferty ed. 2010)。1868 年オズバーンは、今日のシドニーの中心地（Central Business District: CBD 中心業務地区）にあるマーチン・プレイスの東に位置するシドニー病院に着任した。彼女は、ここでいわゆるナイチンゲール・システムによる看護師養成教育を導入した。

ゴデン(Godden 2010:60-72)によれば、ロンドンの看護学校ではナイチンゲールはもともとオズバーンを高く評価していた。しかし、オズバーンのシドニーへの派遣を采配した担当者と、ナイチンゲールとの間に不協和音が発生したことが、オズバーンの扱いに影響を与えた。オズバーンは、遠く離れたロンドンのナイチンゲールからつらい仕打ちを受けたようである。それにもかかわらず、オズバーンはロンドンで学んだ看護師養成教育をシドニーの地に導入することに努めたのである。

ラッセルは、「1800 年代後半に英国からもたらされたナイチンゲール・システムによる看護師養成体制は 1900 年代初めまでに急速に広まり、その後 100 年ほどの間採用され続けた」と評価する(Russell 2005:1)。

ナイチンゲール・システムによる看護師養成は、ある種の職業訓練である。「訓練を受けている生徒 (trainee nurses: 以下、生徒と記すこともある) には、食事、寮、制服が無償で供され、少ないながらも賃金の支払いもなされていた」(ibid.)。そして、生徒たちは病院施設で労働を提供していた。

この時期の養成訓練では、生徒たちは病院の病棟に配属され、その病棟の正規看護師である責任者の管理下で経験を積むことが期待されていた。病院では生徒たちは定期的に病棟を入れ替わりながら訓練を受けていった。

生徒たちは、訓練期間中寮生活をしなければならなかった。受け入れの病院施設も、そして訓練を提供する教員の立場にある看護職者も、寮生活は看護職養成訓練においては不可欠であると考えていたようである。

ラッセルによれば、ナイチンゲール・システムによる職業訓練では、病院の求めが優先され、生徒たちへの教育配慮は二義的であった。それは、今日では当たり前とされる図書

館、教室での学習、看護教師としての資格などの未整備に見ることができたという (Russel 2005)。そして、保健医療の理論的要素や看護(care)に関わる分野は、病院の医師や看護学校校長(看護職者で *matron* と称された)によって、限定的になされていたという。

生徒たちの学習機会は臨床の場が主体となり、理論の学習は臨床経験ほど重視されなかった。理論と実践の関連づけは、全体としては「偶発的」だったとも言われている (ibid.)。看護学校といっても、教育機関としての制度設計は完成したわけではなかった。

例えば、20 世紀半ばの 1952 年にシドニー病院で看護師養成の訓練を受け始めたマレイ＝ローリソンは、すべての手続きを終え実際の訓練が始まった後、彼女が訓練開始資格年齢 (17 歳) に 20 日足りていなかったことが受け入れ看護学校によって判明した (Murray=Rowlison 2002: 5)。しかし、看護学校は彼女の入学を取り消すことはなく、学校長はマレイ＝ローリソンが看護師資格を取得するには 4 年の正規訓練年限に、さらに入校するのに不足していた 20 日を加えた期間が必要であるという条件を課し、そのまま在籍することを認めた (ibid.)。

このような対応ができたのは、この時期の看護師養成訓練は 10 人程度の人数を 1 単位とする規模を基本として、2 週間の集中講義とその後は週の半分を病院での臨床経験で成っていたからである。そして、開始後 8 週間が経つと第一次試験が実施された。これに合格することが、次の段階に進む条件となっていた。

臨床経験を重視した当時の看護師養成訓練学校は、入学や卒業修了の時期が固定されている学校教育と異なっていた。教育課程は、希望者が一定の数に達すると随時開始されていたようである。1960 年にシドニー病院の養成訓練を受けた女性は、自分の同期の生徒は 7 名だったと語っている (ナイチンゲール博物館担当者からの情報 2014)。

こうした特徴があった 20 世紀前半の看護師養成では、病院付属の看護学校で所定の課程を終え、指定の試験に合格すると、生徒たちに修了証が授与された。そして看護師として認められ、州の看護職者協会への登録看護師としての資格を得ることができた。

資格を得た看護師の勤務先は、ほとんどの場合看護学校を設置している病院であった。他の病院での勤務を望む場合、看護師としての勤務経験が求められた。その意味では、20 世紀前半までの看護師養成は病院ごとに任されており、「徒弟制度 (apprenticeship)」とも考えられる特徴があったといえよう。

2-2 公的教育化

看護師養成教育に統一的な基準の必要性が叫ばれるようになったのは、第 2 次世界大戦を挟んでのことである。1940 年代に入ると看護師登録が州管轄で行われるようになった。これにより看護師養成のための統一的基準の整備がなされはじめたのである。それに平行するように、看護師養成が修業ともいえる訓練を施す現場から教育機関へと移行し始

めた。

例えば、サウス・オーストラリア州では、1962 年に正看護師養成のための制度変更がなされ、臨床経験とは別に 364 時間相当の理論系の講義受講が必要となった (Durdin 1991: 190)。講義では、看護史、倫理、立ち振る舞い (エチケット)、人間関係、栄養学、細菌学、生化学、公衆衛生、予防医学などが教授された (ibid.)。養成課程での変更が生じた背景にあったのは、ダーディンによれば、この州の正看護師資格が、かつての宗主国である英国では受容されなかった。これを克服するには、看護師の理論的知識を高める必要があったのである (ibid.)。それに先立ち、1959 年には看護師養成課程への志願者受け入れも中学卒業が必要な条件となった。さらに、この要件は 1972 年にはさら高められ、高等学校修了が入学要件となった。

1960 年代後半になると看護師養成課程での教育的側面での変更がさらに加えられていった。この時期には、臨床での職業訓練的養成から講義形式の要素の増加を求める声が高まった (Department of Health 2013)。その結果、サウス・オーストラリア州の場合、1970 年には理論系の講義時間は総計 1000 時間に増加することになった。しかし教授すべき科目の指定はなされなかった。これについては看護師養成課程を有している機関に裁量権があり、これらの機関がそれぞれに授業で教える科目を設定し、看護協会の担当委員会に提出するだけであった (ibid.)。

教授科目の指定や監督が公的になされていないことについては、さまざまな評価ができるだろう。しかし、ここではその評価についてよりも、教室での講義時間の増加は、現場での職業訓練的な要素だけでなく、理論や学問的知識が重視されるようになったという点に注目しておく。なぜならば、この変化は、看護師養成教育機関が病院施設から、より教育的指向が明確な公的機関への移行につながっていったからである。実際、1970 年以降ニュー・サウス・ウェールズ、ヴィクトリアそしてサウス・オーストラリアの 3 つの州では、看護師養成教育を正規公的教育機関に移管し、卒業資格課程 (diploma) としたのである。

1970 年代後半に入ると、オーストラリア政府の諮問機関は、看護師養成は、中等教育 (=高等学校レベル) 以降の高等教育機関 (=大学レベル) が担うべきであるという政策答申を公表した。同時に、看護師登録協会は、小規模病院での看護師養成課程を廃止することを提言した。その結果、オーストラリア政府は、1984 年に看護師養成を高等学校以上の教育機関に移管することを正式に決定した。そして、翌年の 1985 年には、ニュー・サウス・ウェールズ州では、州内の 14 の職業専門大学 (college of advanced education) と 1 つの大学 (university) での看護師養成課程が創設されることになり、国内の他の州および準州もこれに続くことになった。

専門職大学への移管後の学位は、応用科学修了証 (Diploma of Applied Science [Nursing]) であった。これが、大学卒業を示す看護学位 (Bachelor of Nursing) へと改変

されていくには、さらに 10 年ほどの時間を要した。

オーストラリアにおいて看護職養成教育が、大学課程に完全移行したのは 1993 年以降であった。これによって、オーストラリアの看護師養成教育は、ナイチンゲール・システムからの脱皮を実現し、看護師養成だけにとどまらず、専門分野での学問的発展の場と機会を提供することになった。

今日、オーストラリア国内には 36 の看護師・助産師学部がある（看護師助産師学部長会資料から）。これらの教育機関では、看護と助産の大学学部と大学院レベルの教育を受けることができるようになっている。

3 看護師養成教育の認証

3-1 制度整備

看護師養成教育の大学課程への移管は、同時にオーストラリアにおける看護・助産師登録制度にも影響を及ぼした。

大学において看護職養成課程で必要な科目を履修し、看護学あるいは応用科学（看護）学位を取得すると、州の看護・助産協会によって看護師（一般看護師あるいは看護師：general nurse）として登録できるようになった。そして 21 世紀に入ると、州単位の登録制度は全国規模へと移行することになった。

2010 年 7 月オーストラリア政府は医療従事者規制法(Health Practitioner Regulation National Law:通称 the National Law) を施行した。この法律は、各州政府にも採用され、州ごとの制度整備を行われた。

医療従事者規制法(以下、規制法)は、それ以前に各州単位で存在していた 14 の医療関係協会（先住民保健医療分野[Aboriginal and Torres Strait Islander health practice]、漢方薬[Chinese medicine]、放射線医療、看護師・助産師、作業療法、検眼分野、整骨治療、薬学、理学療法、足病治療、心理学)を全国規模で統合し、オーストラリア保健医療従事者規制庁(Australia Health Practitioner Regulation Agency : AHPRA)を創出した。それまで州単位で活動していた個別の協会は、AHPRA の 1 部門(national board)となり、州ごとの協会団体は州支部と位置づけられた。

この統合に加えて、規制法では、医療従事者としての専門性と質を確保するために教育機関の認証を必須と定め、全国認証登録計画(National Accreditation and Registration Scheme)を施行した。看護・助産の場合、オーストラリア看護・助産委員会(Australian Nursing and Midwifery Council: ANMC 2004[前身は 1992 年設立の Australian Nursing Council])を解消発展させて、オーストラリア看護・助産認証委員会(Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council: ANMAC)を創設した。

ANMAC は、看護・助産の資格指針策定に加えて、看護師養成教育の指針と教育カリ

キュラムの質の確保を目指している。オーストラリア全土の大学での看護師養成教育は、この認証指針に基づいている。そして、認証されている大学課程の修了者（学位取得者）は、AHPRA の看護・助産委員会に自らの資格を登録するだけでなく、さらに更新手続きをする義務を負っている。

3-2 看護師・助産師登録

AHPRA での看護・助産登録の制度を見ていくと、オーストラリアの国情を反映した特徴があることがわかる。それは、看護師の登録に、「registered nurse」と「enrolled nurse」の 2 つの分類があることである。邦訳では、前者は「正看護師」、後者を「准看護師」と表す傾向にあるが、日本の制度とは少々異なるので説明を付しておく。以下では、表記を簡略にするために、「registered nurse」を RN、「enrolled nurse」を EN と記す。

RN と EN の分類はオーストラリアが多民族・多文化社会であることと関連している。前者の RN という範疇での登録は、オーストラリアの認証制度によって認められている大学での看護師養成教育を修了することで可能となる。それに対して後者の EN は、主に海外の教育機関で看護師資格を取得し、臨床での勤務経験を積んだ人物が、オーストラリアに移住し、看護師として職を求める場合に登録する際の範疇である。もちろんオーストラリア国外の教育機関で資格を得てきた移住者でも、その機関の教育がオーストラリアの認証機関 (ANMAC) が定める要件を満たしている場合、前者の RN (registered nurse) としての登録申請をすることができる。どちらの範疇で登録するにしても、AHPRA の一部門である看護・助産委員会に申請書と、定められている 8 要件を満たすことを証明できる関係書類を提出し、審査を受けなければならない (Nursing and Midwifery Board of Australia の資料)。また、海外からの移住者の場合、オーストラリアの公用語である英語の能力を示す証明書の提出が必須となっている。

海外の教育機関で資格を得ている移住者に、オーストラリア国内で看護師として勤務することを認める制度は、オーストラリアが移民によって成立している国だからである。

今日オーストラリアの総人口は約 2200 万人で、このうち国外で生まれた人びとは人口の 4 分の 1 弱を占める。さらに、自分あるいは自分の親が外国生まれであるという人びとの割合は、オーストラリアの総人口の約半分に相当する。このような多民族・多文化状況は近年の傾向ではない。第 2 次世界大戦終了後以来、オーストラリアが英国以外からの移住者を国策として受け入れることを進めてきた結果である（ただし、ヨーロッパ系移住者に偏ってきたが）。

そのため、オーストラリアは 1980 年代に入り、多民族・多文化である現実を反映させた多文化主義 (multiculturalism) をすべての政策の理念として採用した。政策の理念と述べたように、多文化主義はそれ自体が政策ではない。それは政策策定施行するための基本

理念である。

オーストラリアが掲げる多文化主義の基本方針は次のような要件からなる (Department of Social Services, Settlement and Multicultural Affairs 2013、鈴木 2005:100-101)。1 つめは、国家の統合性、地域社会の調和そして、民主的価値観の維持という目的の下で、すべての国民が言語や宗教といった自らの文化的特性を維持発展する権利を保持するということである (文化的アイデンティティ)。

2 番目は、すべての国民が参与し得る凝集性の高い社会の構築と、国民のあいだにある文化的、民族的背景の相違がもたらす求めに政府がきちんと対応するということである (平等・機会均等確保)。そして、3 番目の要件は、多文化状況ゆえに生じている経済的效果とその利益を促進する、というものである。

これらの方針のもと、海外で取得した看護師・助産師資格 (AHPRA では internationally qualified nurses and midwives と称されている) を積極的に承認することでオーストラリアの人的資源として活用するとともに、個人の権利の保全を図っているのである。

4 大学教育課程の事例

4-1 課程の概要

認証機関によって学位取得者が看護師として登録が可能な大学カリキュラムはどのように構築されているのであろうか。ここでは、シドニー大学の看護学部を事例としてみる。参考とするのは、シドニー大学の看護学部の入学案内 (Your Guide to Nursing 2015, Sydney Nursing School, The University of Sydney) である (邦語では、看護学部という訳をあてはめるために学部教育を連想してしまうが、この機関は Nursing School と命名されている。大学院課程も有している。そのため、以下では学部と記すことはせず、原語での名称をそのまま仮名表記にする)。

シドニー大学ナーシング・スクールは、大別すると 3 種の課程を持つ。それらは、看護師資格を目指すための課程、研究を目指す課程、そして看護師・助産師資格所持者を対象にした技術と知識を向上させるための課程である。

看護師資格取得を前提とする課程は学部と大学院修士課程に用意されている。そして看護師・助産師資格所持者対象の課程は修士課程の大学院となっている。それらに加えて、看護研究のための課程は大学院の修士と博士の両課程に設置されている。これらについてもう少し触れておく。

看護師資格取得を前提にしている課程は 3 つある。まず学部教育である。次に、邦訳としては 2 学位取得課程 (原語では、combined degrees = 混合学位) である。そして 3 番目は、看護修士 (大学既卒者対象) である。

学部教育に設置されている看護師資格取得課程は、オーストラリアのすべての大学の他の学部と同じように在籍年数は 3 年である。オーストラリアの大学が 3 年制になっているのは、日本の大学で提供されているいわゆる教養教育は、大学入学以前の高校までに終えていることが前提になっているからである。一方で、3 年の在籍と単位取得で看護資格を得られるというのは、日本の看護師養成カリキュラムと同じだといえる（ただし、日本の場合には課程修了後に取得できるのは国家試験受験資格である）。

2 つの学位を在籍中に並行してめざすことが可能な 2 学位取得課程は、学部で 4 年間在籍する。その間にナーシング・スクールの課程と並行して、他学部（人文社会科学、健康科学あるいは科学系）の学士課程を履修する。2 学位取得課程を修了すると、人文社会科学、健康科学あるいは科学分野での学部修了を示す学士学位に加えて、看護の分野では大学院学位である看護修士を授与される。この修士学位が、看護師登録資格となり、RN（registered nurse:看護師）として正規に登録することができる。

最後の、看護修士（学士所持者対象課程）は、大学既卒者で学士学位を持つ人が看護師としての資格を目指すための課程である。2 年間で必要な単位を取得することで、看護師資格を得ることができる。

看護師としての資格取得を前提とする専門職教育とは別に、看護に関わる専門の研究を目指すことも可能である。まず学部教育では、3 年で卒業したのち、さらに 1 年間論文研究を行うオナーズ(Honours)と呼ばれる課程がある（英和辞書では honour の邦訳は「名誉」がまず登場する。複数形の honours となると「大学で特別コースの試験に合格して得る優等（の学位）」とある[*Kenkyusha's New English-Japanese Dictionary*]）。

この課程を修了すると、学部学位に（Hon.）という表記がなされ、3 年間の正規学部教育に加えて、さらに論文研究課程を修了したことが示される。入学案内や学内の説明でも、オナーズは、研究学位課程につながる前段階と示されることが一般的である（オナーズの学位は、成績評価も併せて表記されることもある）。英国系の大学教育体系を施行している国では、この課程を修了することは 3 年間で授与される学部学位よりも高く評価される傾向にある。大学院での研究を目指す場合、最近ではオナーズ課程の修了は前提条件になっている。

2 つめは、研究学位(research degree)とされている修士と博士課程である。学位の名称は、「Nursing(看護)」ではなく、Master of Philosophy と Doctor of Philosophy である。Philosophy は、単語の邦訳そのままに当てはめて「哲学」と訳するよりも、「学術」と言い換える方がよいように思われる。修了する順序や基本的な修了年限は日本の制度とほぼ同じである。

研究の対象は幅広く、患者と疾病を取り上げた看護、臨床における保健医療専門職者を研究課題や対象とすることもある一方で、医療保健看護を取り巻く文化や社会事象、さらには保健医療看護と政治体制や政策も学位論文の題材として受け入れられている。

最後に、こうした学術系の課程に加えて、看護・助産の資格保持者を対象にした教育課程（Advanced Learning for Nurses）も設けている。これは、臨床勤務している看護師を対象とした実務に軸をおいている。邦訳としては「継続教育課程」というのが当てはまると思われる。この課程では学部修了に相当する講義科目や実習が用意されており、大学院修士課程と変わらない。

この課程修了者には大学院修士学位が授与されるが、学術学位と異なり、学位名には修了した分野名が付される。それらは、上級看護実践(Advanced Nursing Practice)、癌・血液学、救急看護、集中治療看護、精神看護、ナース・プラクティショナ、プライマリ・ヘルスケア看護である。そして、臨床研究実践(clinical trial practice)は学位ではなく、修了証(graduate certificate)となっている。

4-2 カリキュラム

以下では、看護資格取得課程のカリキュラム事例を取り上げる。

学部教育課程

修了年数3年の学部教育では、卒業に必要な単位数は144である。3年間で提供される科目数は24で、各科目6単位を標準としている。学年ごとの科目履修数は、平均で8科目（2学期制で各学期4科目）となる。

これらの科目の中に臨地実習が組み込まれており、その総時間数は880時間の臨地実習が必修となっている。履修する科目は表1に示している。科目の後ろに示した○と△は、実習科目であることを示し、○は全部で80時間、△は120時間の実習を示している。

実習は、シドニー大学の医学部に付属する複数の大学病院を中心に行われており、実習先はナーシング・スクールの実習先配属担当教員が学生と相談して決めている。

2 学位取得課程

この課程は、修了までに4年を必要とする。この期間に、看護学部とは異なる分野の学部専門科目を履修することで学部学位取得を目指しながら、看護資格も授与されるというものである。他学部学位が学士であるのに対して、看護資格は修士学位となる。学士学位課程はシドニー大学に設置されている学部教育から選択することが可能で、次の選択肢がある。それらは、人文社会科学系(Humanities and Social Sciences)、保健医療系(Health Science)系、そして理系(science)である。学士学位を取得するには98単位の修了が要件となっている。

履修は、入学した1年次は、他学部での履修に専念し48単位を履修し、2年次以降は他学部とナーシング・スクールでの並行履修となる（表2参照）。看護系の科目数は19

で、各科目の単位が平均 6 であることを前提とすると、ほぼ 114 単位を取得しなければならない（この中に臨地実習の 880 時間＝看護の学部専門課程と同じ、が含まれている）。

表 1 看護学部専門課程

学年	1 学年	2 学年	3 学年
科目	健康と人体生物学 ヘルス・アセスメント (○) 公衆衛生と個人的ケア 看護の知識、実習と政策 生理学への介入 病体験を理解する (○) 保健医療研究 急性期看護実習	薬理学入門 高齢者看護 (○) 保健医療と疾病 メンタルヘルスと病を理 解する 薬学、人そして実習 生育看護 (○) 保健医療と先住民 メンタルヘルス臨床 (△)	重症患者看護 (○) 公衆衛生 (○) 共同医療のためのリーダ ーシップ 慢性看護 (○) 急性対処 緩和 政治、政策と保健医療 専門職実習 (△)

注：(○) 80 時間の実習／(△) 120 時間の実習
卒業に必要な単位数 144／実習 880 時間

表 2 2 学位取得課程

学年	1 年	2 年	3 年	4 年
科目等	選択した他学部 の専門科目 48 単 位	他学部の専門科 目 24 単位履修 看護実習入門 (○) 保健医療におけ る人間の生物科 学(*) 薬理療法、疾病 と看護実習 病経験と看護 (○)	他学部の専門科目 24 単位履修 発展的看護実習 (○) 保健医療の科学 精神看護実習 (△) 急性看護 (○)	看護研究 看護と保健医療の 政治 緊急救急看護 (○) 看護と慢性状態 (△) 公衆衛生 (○) 看護実習 (選択： 精神、小児、緊急 救急、臨床) (□) 看護専門職実習 グローバル・ヘル ス (+)

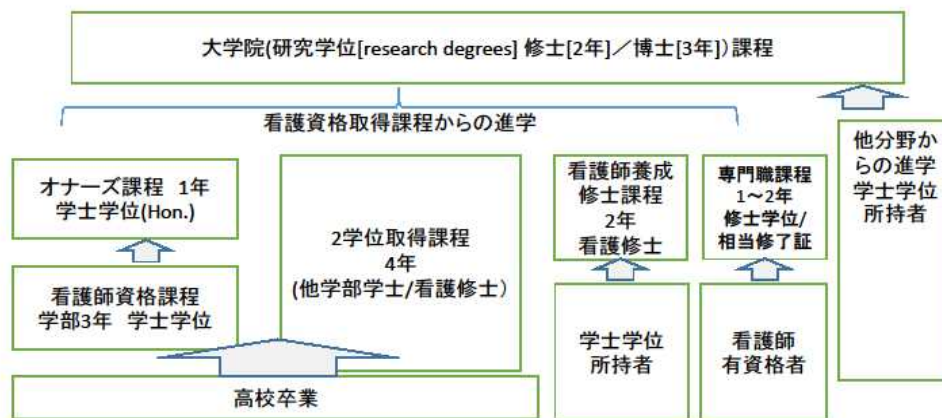
注：(○) 80 時間の実習／(△) 120 時間の実習／(□) 160 時間の実習
(*) 保健医療系学士選択の場合必修科目／(+) 海外実習可

表 3 看護修士（既卒者課程）

学 年	1 年	2 年
科 目 等	看護実践入門 (○) 発展的看護実習 (○) 保健医療における人間生化学 保健医療の社会的文脈 病経験と看護 (○) 救急看護 (○) 精神看護実習 (△) 薬理療法、疾病と看護実践	看護研究 看護と保健医療の政治 緊急救急看護 (○) 看護と慢性状態 (△) 公衆衛生 (○) 看護実習(選択:精神、小児、緊急救急、臨 床) (□) 看護専門職実習 グローバル・ヘルス (+)

注：(○) 80 時間の実習／(△) 120 時間の実習／(□) 160 時間の実習

図1 看護師養成課程と大学院課程の仕組み



注:1) シドニー大学入学案内を基にして著者作成。
2) 履修年数は基本的なもので、履修の仕方(長期履修/普通履修など)によって異なる。

看護修士（学部学士所持者課程）

既に述べたように、大学卒業資格保有者を対象とした看護師養成課程である。履修の課程は2年である。修了に必要な17科目（98単位）が用意されているが、実習中心となっ

ている（表 3 参照）。

このようにオーストラリアの看護師養成教育は、AHPRA の 1 部門である看護・助産委員会の指針を満たしたカリキュラムを提供する大学が担っている。そして、看護師（助産師含む）の登録は、その基準に準拠しているのである。

5 まとめ

これまでオーストラリアの看護師養成教育に関わる制度を取り上げてきた。これから以下の特徴を指摘することが可能だと思われる。1 つは、1980 年代以降の制度改編は、従来の職業訓練的養成教育に、より多くの理論的要素を組み込んだことである。2 つめは大学課程に移行したことで、看護師養成教育のあり方や教育機関の評価、さらには全国的な登録制度が確立したことで資格保持者の評価に統一的基準が導入されたことであろう。そして、3 つめは、看護師登録（助産師含む）が大学課程修了によって可能となるため、この職業を目指す人びとに門戸が広がっていることであろう。

本稿では、制度面に焦点を当てているので、教育内容には触れていない。これは今後の課題であることを記しておく。

注）本稿は、静岡大学人文社会科学部アジア研究センター、*Asian Studies*『アジア研究』（第 10 号 57-66 頁）に掲載された拙稿「オーストラリアの看護師養成教育－大学課程化と登録制度の特徴－」（鈴木清史 2015）を加筆修正して掲載している。認めてくださった関係者に感謝する。

参考文献／資料

Australian Health Practitioner Regulation Agency (AHPRA)

2015 <http://ahpra.gov.au>

The Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council (ANMAC)

2015 <http://anmac.gov.au>

Council of Deans of Nursing and Midwifery

2013 <http://www.cdnm.edu.au/schools-of-nursing-and-midwifery>

Department of Health

2013 <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/work-review-australian-government-health-workforce-programs-toc~appendices~appendix-iv-history-commonwealth-involvement-nursing-midwifery-workfor>: 24 May, 2013

Durbin, J.

1991 *They became Nurses: A History of Nursing in South Australia 1836-1980*, Allen and Unwin Australia Pty. Ltd, North Sydney, NSW.

Godden, J.

2010 "The Dream of Nursing the Empire" in Nelson, S. and Rafferty, A. M. eds. *Notes on Nightingale; The Influence and Legacy of a Nightingale Icon*, Cornell University

Press. pp. 55-75.

Murray-Rowlison, E.

2002 *Lucy's Angels*, published by Griffiths, V. J., Coffs Harbour, NSW.

Nursing and Midwifery Board of Australia

IQNM_ Criteria 1 - 8 for internationally qualified registered nurses

Russell, R. Lynette

2005 *From hospital to university--the transfer of nurse education*,
[www.cdnm.edu.au/wp.../ HistoryNursingEducation.pdf](http://www.cdnm.edu.au/wp.../HistoryNursingEducation.pdf)

鈴木清史

2005 「差異化の意味するところ－多文化主義と先住民－」『オセアニア』講座世界の先住
民族ファースト・ピープルズの現在 09 綾部恒雄監修(前川・棚橋編) 明石書店:98-114。

研究ノート

5 文化を越えた健康教育の可能性

橋 爪 亜 希

はじめに

ミャンマーは長い間軍事政権下にあった。海外との門戸は閉ざされていたのに等しく、東南アジアの孤立国であった。しかし、2007年に新政権が発足すると、それまでの軍政体制を解除する道を歩み始めた。2010年に新憲法が制定され、翌年には普通選挙が実施された。その結果、ミャンマーは民主化へと方向転換した。これと歩調を合わせるように、経済的には国内の豊かな天然資源を活用した発展を模索し始めた¹⁾²⁾。

このような変化を経験しているミャンマーは、先進国の目には新しい市場そして天然資源と安価な労働力の提供国と映り、21世紀に入るとミャンマーを目指す先進国からの人々の動きが急速に拡大している。そのため海外から流入する人やモノ、そして情報は多岐にわたり、その質も一様ではない。ミャンマーの人々はモノと情報の氾濫状態の中に置かれている、といえなくもないのである。

こうした事態は、日常生活において人々にさまざまな混乱を引き起こすことがある。なぜならば、情報が誤っていたとすると、人々は安心安全な生活を妨げられることにさえなるからである。

安心安全そして健康な生活確立をめざす保健衛生から、ミャンマーの事態をとらえてみると、人々の心身の健康生活確保を目指すには、科学的な知見にもとづく情報や知識が提供され、人々に共有されることが望ましい。とすれば、どのような情報を、どのように提供すればいいのかということを考える必要があるだろう。

この種の問いは、同じ文化的背景を持つ人々、国や地域に関する場合には困難は少ないかもしれない。しかし、国際協力のように、国境や文化を超える場合、先進国の科学的な知見や方法が、文化的差異を容易に克服できていない例は多々ある。そうした障害を回避するためには、当該国や地域の人々の生活様式や、それを支える価値観、つまり文化を把握することが重要である。それは、看護職者が、患者をホーリスティック（全体的・包括的）にとらえることで、看護活動を行うことができるのと似ている。そして、文化的に異なる患者（他者）への看護は、「文化ケア」と定義されているが、この考え方は普遍的な保健の知識や健康教育を他の文化圏に浸透させる際にも有効な概念だと思われる。

筆者は、ミャンマーのヤンゴン郊外の村において、セクシュアル・リプロダクティブヘルス（Sexual Reproductive Health : SRH）に関する健康教育普及の可能性を考えるために2014年夏から調査を始めた。本稿では、その調査で得られた資料の一部を紹介しながら、

ミャンマーにおけるSRHを展開するための可能性を検討していく。先進国の一員が途上国での開発や生活改善の一助を果たそうとすることは、国際協力とか開発協力と考えられているが、保健医療の枠組みを延長して考え直してみれば、文化的背景の異なる他者への働きかけという意味では、文化的差異の克服という意味で、看護の文化ケアの軌を同じくすると考えられる。

以下では、保健衛生SRHの知見を広めるために、事前に知っておくほうがよいと思われるミャンマーの文化的・社会的特徴と、SRHにかかわる科学的知見の教育活動に重要な役割を果たしてくれると考えられるエージェントともなりえる人々の現状を紹介する。

2 調査地の特徴

ミャンマーの文化価値

ミャンマーは敬虔な仏教徒の国である。このような仏教の国では、宗教など文化的な影響でSRHがタブー視されることが多いと考えられる。その結果、社会から孤立し必要なケアや教育を受けないまま妊娠を継続し出産に至るケースもある。また、仏教の中では命を奪う行為は認められておらず、中絶は公には許されていない。しかし、専門家による妊娠および出産時のケアが行われなかったことや、表には出てこない、いわゆる闇の中での危険な中絶行為によって、死亡したり後遺症を残したりするケースがあり、女性やその家族の一生に大きく影響している³⁾⁴⁾。

ミャンマーでは、民主化の流れの中で、2012年11月に出版の事前検閲制度が廃止され、ミャンマー初の性教育雑誌が創刊された。テレビやインターネットも規制が緩和され、情報量は増えた。しかし、性教育雑誌は、内容が「際どすぎる」と批判され、発行禁止処分を受けた⁵⁾。性に対して、未だ保守的である人々が多いことが分かる。

しかしながら、若者の望まない妊娠による危険な中絶やHIVをはじめとする性感染症（STIs）はミャンマーでは大きな社会問題となっている。2007年のデータでは、全妊娠女性の5%が中絶をしている。その中でも最も多い割合を占めているのは15歳から19歳の若い女性である⁶⁾。宗教上の理由や法律によって合法的に中絶ができない場合には、専門家に相談することもなく危険な方法で中絶を行うこともある³⁾⁴⁾。また、STIsに関しては、UNAIDSによるとミャンマー全体のHIVの感染者数は減りつつあるとされているが、2013年に保健省（Ministry of Health：MOH）が発行した『ミャンマーの保健』*Health in Myanmar*のデータによると2011年のミャンマーの死亡原因（single leading cause）の1位はHIV感染によるものとされている^{7) 8)}。HIV感染者の内、72.8%は性行為による感染である。このことは、性行為による感染を防ぐことができれば、HIV感染の多くを予防できることを示唆している。HIV感染を減少させるには、コンドームの使用や初性交渉（sexual debut）を遅らせることが有効とされている。そのためには、若者、特に性行動に関心を持つようにな

る思春期やそれ以前に適切な性に関する情報を得ることが重要であると考えられる⁹⁾。

ミャンマーの10歳から24歳の間の若者の人口は、全人口の30%を占めている¹⁰⁾。アジアの中でも若者が多い国の1つであり、その若者たちは社会に大きな影響を与えると考えられる。その若者たちがより健康に社会活動が行えるようにするために彼らを対象としたSRH教育の拡充は早急に必要とされる。MDGs 5の妊産婦の健康に関する新たなターゲットとして、2008年に「リプロダクティブ・ヘルスの普遍的アクセス」が盛り込まれたことはそれらの教育の拡充を推進していくと考えられる¹¹⁾。しかし、ミャンマーでは軍事政権下での情報規制や性に関する話題がタブー視されていたという政治的・文化的要因から、それらの教育が効果的に浸透していかない可能性がある。

3 資料収集の概要

調査対象者

今回の調査では、SRH教育において重要な役割を持っていると考えられる教育者を対象とした。具体的には、僧院附属小学校に勤務する教師と地域の助産師（Auxiliary Midwife: AMW）である。僧院附属小学校を選んだ理由は、1つ目は、小学校は就学率が非常に高いため、SRH教育を行った場合により多くの対象者に情報を伝達することができると考えられることである。ミャンマーでは義務教育制度は導入されていないが、小学校の就学率は96.56%である。中学校になると42.2%となり、急激に減少する¹²⁾。また、僧院学校は小学校全体の3.2%にあたり、公立小学校よりも学校の数と児童数は増加の傾向にある¹³⁾。2つ目は、僧院附属の学校は授業料が無料であり、貧困層（low socioeconomic status）の若者（子ども達）も通うことができる¹²⁾¹³⁾。ある調査で貧困層の若者がより危険な性行動に及ぶという結果が出ており、貧困層の若者はよりリスクが高い集団であるといえる⁹⁾。

これらのことより、SRH教育の必要性の高いより多くの若者がいる僧院附属小学校で教えている教員のレディネスを知ることは、その影響力が大きいと考え調査対象とした。もう一方のAMWは、政府とUNICEFによってミャンマーの農村部の母子保健を改善するために養成されている人々で、助産師や看護師を援助するという立場で活動している。研修生として地域から信頼を得ている女性が村の中から選出され、6か月のトレーニングを受け、AMWとなる¹⁴⁾。彼女たちは、高等教育を受けた医療専門職者ではないが、SRHに対して専門的な知識を有していると考えられ、地域に根付いた活動をしていることから、SRH教育への関心や地域住民への影響力が大きいのではないかと考えたのである。

調査では、教育関係者である校長（僧侶）および本人の承諾を得られたヤンゴン郊外の僧院附属小学校の教員3名とAMW2名に半構成的インタビューを行った。ミャンマー語と日本語の通訳を介し、約20分のインタビューを行った（インタビューガイドは、Plested et al. のCommunity Readiness Modelを基に作成）。質問は、SRHについてどのように理解し

ているか、問題（STI s や中絶）に対してどう思うか、SRH教育についてどう思うか、活用できる資源についてどうかなどであった。また、僧院付属小学校で行われている授業と妊婦の待つ家(Maternity Waiting Home : MWH)で行われている妊婦健診および母親学級の参与観察を行った。そして、小学校、MWH、ヤンゴン地区の路上マーケット、ショッピングモールでSRHに関する資料収集を行った。

4 結果

4-1 教育者としての使命感

（1）知識伝達への高い意欲

教員もAMWも、自分が学んだことは、知識がない人に伝えたいという思いがあり、それが自分たちの役割であると認識している。例えば、教員は科目として健康について教える時間はなくても、週末には髪を洗うことを伝え（衛生管理）や感染症が流行る時期には予防策を呼びかける（感染予防）などを実施している。AMWらは、健康教育の際にご褒美を渡したり、ゲームを取り入れたりなど教育方法を工夫し、知識の伝達のための努力をしている。

（2）積極的な知識習得願望

知識を伝達するためには、不足している知識や正確な知識が必要であると考えており、自ら本で調べたり、テレビを見たり、専門家や経験者に聞いたりしている。教員Dは、「他の番組は見なくてもそれは（健康に関する番組）よく見えています。自分が見る暇がない時も姉に見てもらっています。次々に（子どもたちに）教えられるように」と語り、積極的に知識を得ようとしている。

（3）命と健康を守ることへの責任

AMWらは、貧しい女性たちに対し、自費で避妊具や薬を買い与えていることがあると話した。その理由を問うとAMWのAは、「薬にはあまり価値がないですけど命に価値がありますからね。彼女（母親）が死んでしまったら残った子どもたちのことまでになる」と話し、命を守ることを第一優先に考えていることが分かった。また、教員Dは、「子どもたちは何も分からずに間違ってしまうので最初（早い段階）から教えたほうがいいですよ。それは学校の先生たちに責任がありますよ」と語っており、学校では勉強だけを教えるのではなく、生活の面でも子どもたちを正しい方向に導く役割があることを認識している。

4-2 効果的な教育方法や内容

（1）双方向性の教育

一方的に教育者が教えるよりも、対象となる人々とも意見を交換しながら、知識を伝達することが必要だと教員もAMWも語っていた。また、教員Cは、「女性同士や友だちと一緒に

に相談したりしたほうがいいですよ」と語っており、同じ境遇にある人同士で話し合うことも効果があると考えていた。

AMWらは、実際に、MWHで行われている母親学級でゲームなどの参加型の教材を取り入れて教育を行っていた。MWHで行われているプログラムは、あるNGOによって開発されたもので、妊娠や出産に関する情報が書かれたカードをポケットのついた正誤表に入れていくというものである。答え合わせをインストラクターと行いながら、正しい知識を身に着けていくことができる仕組みになっている。

（２）早期教育

教育者たちはSRH教育は若者にとって必要であると考えており、効果的な年齢としては中学生くらい（ミャンマーでは、10歳頃から中学生となる）と考えている人が多かった。教員Dは、「ミャンマーでは女の方は11、12歳になるとだんだん大人に変わって10～16歳になると気持ちも変わってくるのでいやな事にならないように10歳ぐらいから教育したら自分でManageできるようになります」と話しており、成長発達の段階を理解した上で、早期からのSRH教育の必要性を感じている。

（３）専門職者による教育

AMWらは、SRH教育においては専門家であり、自分たちが習得している知識について教育方法を工夫しながら伝達している。また、妊婦健診や健康教室では、夫や母親も巻き込んで教育していきたいと考えている。一方、教員らは、「詳しく分かっている人たちにやってもらったほうがいいと思います」（教員C、D、E）と話しており、専門的な知識を持っている人がSRH教育を行ったほうが、より効果的であると考えている。

4－3 SRHを取り巻く社会の変化

（１）国際化やマス・メディアの影響

SRHは、国際化や情報規制緩和などにより海外からの情報が入るようになり、若い人々や女性が学ぶべきものとして認識され始めている。AMWらは、「ビデオとか海外のドラマで（若者は大体のことは分かっている）」と述べている。また教員C、Dも「ミャンマーは国際的になってきた」と語っており、海外からの情報を得る機会が増えたと感じているのは明らかなようだ。さらに若者の気質にも変化があると思わせる発言も得た。例えば、「現在の若者たちは、昔と違ってはっきりいうようになった」と教員Cは話している。つまり、社会の変化によって若者の行動が変容してきていることを認識しているのである。

（２）健康に対する意識の向上

ポスターやテレビ番組など健康に関する情報量が増えたことや、他国からの支援によって健康への意識は高まっている。AMWらは、「恥ずかしくても健康のために前もって色々な準備をしておけるようにね」と述べており、若者を含めた女性へのSRH教育に前向きで

あることが分かる。また、教員Cは、「(大人たちも子どもがSRH教育を受けることを)今は健康のためだったらいいよと思ってきました」と語っている。周囲の大人たちも若者へのSRH教育に理解を示しつつあることがわかる。

(3) 性のタブー視

以前と比較すれば、SRH教育に対して、寛大になってきてはいるが、依然としてタブー視されていることも事実としてある。例えば、教員Dは、「独身の女性が（SEXについてなど）読んではいけませんが、分かったほうがいいと思って読んでいました」とか、「男性の前ではそれは（SRHに関する本）絶対読んだらだめです」などと話していた。また、若い教員Eは、「SEXのことを話すのは恥ずかしい」と顔を赤らめる様子があった。

4-4 利用可能な情報源

(1) 年配者や専門家から聞く

AMWの場合は、トレーニングの一環で専門的な知識や技術を専門家から学んでいる。一方教員らは、疑問を感じたときや困難を感じたときに家族や友人の医師などに尋ねることで知識を得ていた。

HIVに関しては、様々な団体が支援活動を行っているため、説明会なども開催されている。関心がある教員はそれらに参加していた。教員Cは、「(健康に関する疑問は)本を読んだり、何かのことで病院に行ったりしたときに聞いています」と話した。教員Eは、「健康については、家では年寄りの人たち、父親や母親に聞いています。お医者さんとかには自分の病気が酷いときだけ行っていますから」と語っている。健康に関する疑問は医師などの専門家に相談することは特別なことであり、身近な人々や本から得ることが多いことを明らかにしている。

(2) テレビや雑誌などのマス・メディア

経済発展や情報規制緩和の影響でテレビが普及したことや、雑誌やテレビ番組の内容が多岐にわたるようになったことで、それらのマス・メディアから健康に関する情報が得られるようになった。教員Dは、「あるテレビ局の放送は国際的になりましたからもっと分かるようになりました」とや「たくさんのポスターがあります」と述べている。教員Eは、「健康の雑誌（を読んでいます）」と話している。実際に、書店だけでなく路上マーケットやスーパーマーケットなどでも健康の雑誌は販売されており、内容としてはコンドームに関することなどSRHの情報も含まれていた。さらに、ミャンマーではフェイスブックが2013年の3月から解禁され、情報量はますます増えている。性的な情報の多いページへのアクセスも可能になっており、人々の関心を引いている。

(3) 専門書

教員C、D、Eは共通して、健康については本で学ぶと語っていた。大学を卒業したばかり

の教員Eは「(HIV) について大学の図書館で(勉強した)」と話しており、30代の教員Dは、「女性について書いてある本とか、子どものための本とかもよく読んでいます」と語った。気がかりなことは、本で調べていることが分かる。街中にある小さな書店にも、健康のことについて書かれている専門書は置かれており、妊娠や出産に関するものも数種類あった。

UNICEFが1998年に配布した*School-based Healthy Living and HIV/AIDS Prevention Education (SHAPE)* の教科書は小学校に置かれていた。内容は、主に衛生管理や感染管理、道徳などであった。4年生の教科書にはHIVの感染経路や症状についても書かれている¹⁵⁾。しかし、訪問時はそれらの教科書は教室の角に積まれており、使用されている様子はなかった。数年前は授業の中でその教科書を使用していたが現在は、それらの授業は時間がなく行っていない。

5 まとめ

今回の調査の対象である教育者たちは、SRHに関して問題意識は持っており、さらに学習したいという意欲もあり、教育方法や教材の工夫をする努力もしている。教育者のレディネスとしては、問題に対する認識は明確にあり、何かしらの対策はとっているが、具体的なSRH教育に適切な時期や年齢、内容を検討し、実施するには至っていない現状である。

国際化が進み、情報規制が緩和された現在では、以前と比較して、若者や妊婦が得ることができる情報量も増えている。テレビや雑誌でもSRHに関する情報は多くなっており、健康専門の雑誌は複数発刊され、その中にはSRHに関する情報も含まれている。それらのSRHを取り巻く社会の変化を教員やAMWは感じており、彼らの発言からは以前に比べればSRHに対するタブー感は軽減していることが分かる。しかし、教員の発言からも分かるように妊娠や中絶の情報は独身の女性は得ることが困難である。また、SRHに関して、女性（特に独身の女性）は男性の前ではSRHの話はしないなど依然としてタブー視されている様子もある。一見、性に関してオープンになったように見えるが、個人のレベルでは、まだ抵抗を感じている人は多いと考えられる。

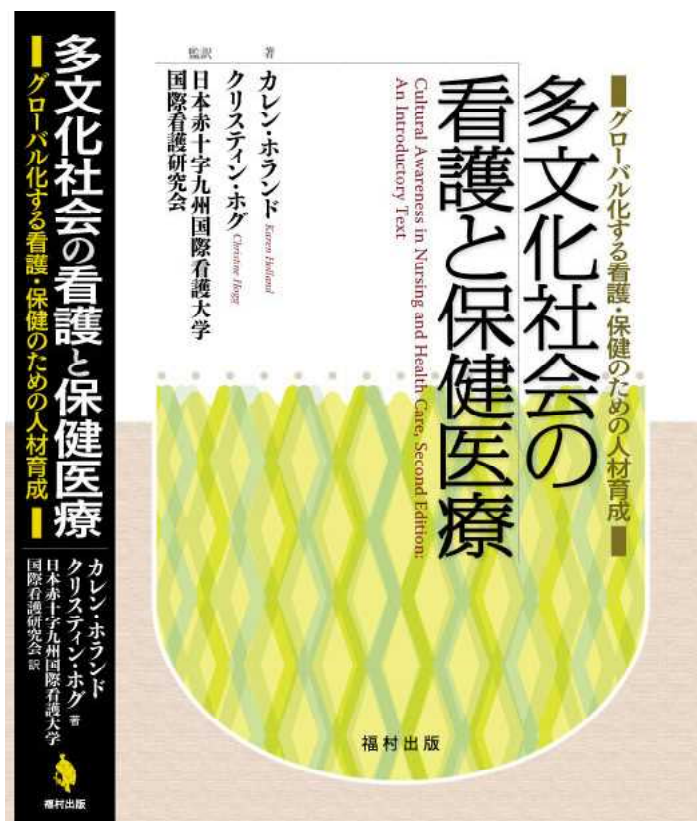
したがって、教育者がもつこれらの抵抗感を解消するために、SRHの専門知識を持った指導者による文化的・社会的背景を考慮したトレーニングの実施や教材の開発が進められることが必要であると考ええる。国境や文化を超える国際協力の場合、先進国の科学的な知見や方法が文化や価値観の違う相手国にそのまま受け入れられることは容易ではない。そのため、個人的なトレーニングだけではなく、当該国や地域の人々の生活様式や、それを支える価値観、つまり文化を把握しホーリスティック（全体的・包括的）な視点から制度の整備などを行うことも重要であろう。特に、ミャンマーでは、宗教が人々の生活の一部であり、政治や経済への影響力も大きい。また、今回の調査対象でもある僧院学校のように教育機関としての役割も担っている。そのため、トレーニングの実施や教材の開発のた

めには僧院などの協力も不可欠であると考え。このような配慮は「文化ケア」と重なるところも多く、普遍的な保健の知識や健康教育を他の文化圏に浸透させる際にも有効な概念であると考え。

参考文献

- 1)Regional Affairs: “Japan-Myanmar Relations” The Ministry of Foreign Affairs of Japan. <http://www.mofa.go.jp/region/asia-paci/myanmar/index.html> (accessed 2014-7-12).
- 2)大和総研：ミャンマー開国—その経済と金融—、p37-38、東京、一般社団法人 金融財政事情研究会、2013
- 3)Family Care International: “SAVING WOMEN’S LIVES.” The Health Impact of Unsafe Abortions.” Report of a conference held in Kuala Lumpur, Malaysia : 29 September – 2 October, 2003 https://www.familycareintl.org/UserFiles/File/pdfs/pub_pdfs/gsm20.pdf (accessed 2014-7-12)
- 4)Colombia University, Mailman School of Public Health: Safe Abortion in Emergencies: Myanmar. Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies 2014
- 5)AFP BB News: “ミャンマー初の性教育誌が物議、出版禁止に” <http://www.afpbb.com/article/life-culture/life/2919511/10064445> (accessed 2013-05-28).
- 6)UNFPA: Report on Situational Analysis of Population and Development, Reproductive Health and Gender in Myanmar, 2010 <http://countryoffice.unfpa.org/myanmar/?publications>
- 7)USAIDS: “Global AIDS Response Progress Report Myanmar” 2014 http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2014countries/MMR_narrative_report_2014.pdf
- 8)Health in Myanmar 2013. “Maternal and Child Health”
- 9)Phyu Phyu Thin Zaw, Tippawan, L., Edward, M., Thien Thien Htay: Gender differences in exposure to SRH information and risky sexual debut among poor Myanmar youths, BMC Public Health 13:1122, 2013
- 10)Population Reference Bureau: The world’s youth 2006 data sheet. Washington, DC, PRB, 2006.
- 11)池上清子：リプロダクティブ・ヘルス関連事業の評価—モンゴルにおけるNGO実施事業を事例として—。日本評価学会『日本評価研究』、8 (3) : 23-32, 2008.
- 12)諸外国・地域の学校情報. “国・地域の詳細情報” The Ministry of Foreign Affairs of Japan. http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/world_school/01asia/infoC11800.html (accessed 2013-10-30)
- 13)増田 知子：ミャンマー軍事政権の教育政策、工藤年博：第5章ミャンマー軍事政権の行方 調査研究報告書 アシ?ア経済研究所 p1-20、2010?
- 14)UNICEF Myanmar: “Assessment of Performance and Acceptability of Auxiliary Midwives in Rural Communities as a Strategy to Improve Maternal Health, 2004-2005” http://www.unicef.org/myanmar/Assessment_of_AMW_in_Rural.pdf (accessed 2013-8-26)
- 15) UNICEF: “Country Profile: Myanmar” <http://www.safepassages.soton.ac.uk/pdfs/myanmar.pdf> (accessed 2013-05-28). [nche.edu/education-resources/BaccEssentials08.pdf](http://www.nche.edu/education-resources/BaccEssentials08.pdf), (accessed: 2014-10-10)

第2部 *Cultural Awareness in Nursing and Health Care: An Introductory Text, Second Edition* (2000),
Karen Holland and Christian Hogg
邦訳『多文化社会の看護と保健医療』福村出版 (2014)
から抜粋



6 健康と病気についての信念に関する説を理解する

クリスティン・ホグ

訳：柳井圭子

健康信念

現代医学あるいは西洋医学において「健康信念」という用語は、一般に、他の人たち（すなわち、異なる文化の人）が抱く、または拠り所とする信仰および実践を表したものである。したがって、ある人の健康信念と実践とが、以前からそこに住んでいる人あるいは多数派の人たちの信念と対立することが起こる。考え方が相容れないということは、看護師も患者もともに失望させ、お互い理解し合えないと思ってしまう。結局のところ、このようなことで、患者に保健医療サービスを拒否、または無視することになる。文化と伝統は、健康および病期に関する各人の考え方に影響を与えているのである。

ジョンズ(Jones 1994:2)は、健康とは、個人の認識と社会的影響の相互作用によって引き起こされる広範で多様な個人的、社会的、文化的な解釈によるものであると論じる。すなわち、「専門的な医療人であるか一般人であるかにかかわらず、私たち全員が生活体験を通じて健康と疾病についての意味をつくり出し、再現するのだ」と。

健康の概念は、広くかつ複雑であり、広範にわたる意味を有する。老人は、体が動き、ものごとに対処できることが健康だととらえるだろう（例えば、私は、今週買い物に行くことができるのか）。これに対して、若者は、健康を体力や活力の程度としてとらえるだろう。

このように健康とは、単によく動く身体の状態をいうのではなく、少なくとも社会的、心理的、精神的、そして感情的な要因などの変数に左右される動的な相互作用である。健康信念もまた、一般的世界観に照らし合わせた健康と病気に対する見解と概念である。多くの場合、健康信念は、生きている世界という生活をする場において勢いのある社会経済環境と密接に関わっている。健康信念は、極めて複雑で、考え方によっては「文化」であるので、時を経るにしたがって変化し進化することがありうる。

健康信念は、人が健康を守り、維持し増進するために開始される営みである。健康を維持する実践は、それぞれの文化的集団に特有な指針と行動である。人びとが平穏に暮らすためにはこのような行動が役に立つ。スペクター (Spector 2010) は、アメリカ合衆国において黒人が、日に3度の食事、特に「温かい朝食」をとる必要性を強調していることに着目する。緩下剤もまた「走る」や「開放する」という指示系統を維持するためだと考え

られている。カウノーネンとコイヴラ (Kaunonen & Koivula 2006) は、フィンランド人が健康を維持する際にサウナの役割を重視する点に注目する。サウナは、身体的精神的ストレス、また疼痛や緊張を緩和し、十分な睡眠をもたらすことができるといわれている。パリーら (Parry et al. 2004) は、ジプシーと呼ばれた移動民の女性たちとの取材の中で、彼女らが家をきれいにしておくことが誇りだと思っている点に注目している。というのも、清潔にしておくことが、感染に対する予防措置のため重要だと考えられていたからである。別の女性は、「もしここがきれいでなかったら、落ち込んでいたわ」と言った。実際に、細菌混入を心配に思い、浴室、トイレ、洗濯場は居間から離れた場所に設置している移動民もいる。

プライアら (Prior et al. 2000) は、イングランド地方で広東語を話す地域の健康信念を調査した。そして、この人たちにとって健康的な生活を送ることが幸福の中心であることを明らかにした。ある人は、「自分が幸せで、幸福な家族がいて、強烈なプレッシャーがなければ、その人は健康である」と答えている。幸福として重要なことは、精神的な満足感を得られるのであれば、不健康な振る舞いもある程度受け入れられることである。例えば、たばこを吸うことが幸福であれば、喫煙を受け容れるというように。

もっとも、信仰が、健康状態を顧みないようにさせたり、あるいは健康状態を低下させたりする場合もある。健康信念が時を経るにしたがってどのように変化するかという1つの例が、日光浴である。ビクトリア王朝時代の英国では、日焼けや小麦色の肌は、評判が悪く、野外で働いていることを印すものであり、そのような肌をしているのは農民や下層民であると考えられていた。色白が流行していたので、特に女性は、陶磁器のような肌になるよう日傘で顔を覆っていた。しかし、今日の英国では、一般に日焼けした肌は健康であるとされる（「格好いいね」「健康そうだね」）。日焼けした肌は、富（つまり、休日に海外に行く自由）を示す身分の象徴である。全年次休暇を費やして日焼けをする人は、家に戻ると友人や親類に自分の日焼けした肌を見せたがる。彼らは「顔色、悪いんじゃない」という声に迎えられることがある。日焼けすると皮膚がんの発生率が高くなるという医学的警告がある。しかし、人びとは、日焼けは健康と幸福に関係していると思い続けている。この例は、一般的に、考え方や信仰は社会的に構築され、時を経るにしたがって変化することを示している。

看護実践において健康信念を理解する重要性

スペクター (Spector 2010) は、私たち看護師には、健康と病気に固有で、民族的、文化

的背景によって形成されている考え方があると論じる。家族の女性（例えば、母親や祖母）を通して継承されているかもしれない自身の信念や実践の考察によって文化的遺産を探索するようスペクターは看護師に推奨する。看護師は、保健医療領域、病棟、地域という環境に、そして自分たちが働く治療現場に、このような信念を持ち込む。このことが、予防や病気の処置における看護実践に影響する場合もある。しかし、このような信仰は、看護師が看護専門職集団と同化し、看護文化における信念、価値、考え方を吸収するにつれて変化するだろう。この1つの例が、看護における言葉である。看護には、独自の言葉がある。すなわち、部外者には理解できない一連の決まり文句、慣用語、専門用語がある（例えば、「客観的情報をとる」「非番」「看護する」「きちんと控えて対応する準備をしている」「引継ぎ」などである）。

通過儀礼、言語、行動様式、期待をともなう看護のこのような文化は、多くの段階で明白である。しかし、そのことは多くの場合、気にもとめられず、看護師として、私たちは、このようなきわだった実践を普通だと考えるであろう。私たちがこのことに気づかない限り、保健医療の担い手（例えば、看護師）と受け手（例えば、患者や依頼者）との間に溝ができることになるだろう。

しかしながら、保健医療従事者が保健医療を取り巻く問題にもっと気配りできれば、より包括的かつ全人的（holistic）に看護が提供されることになるであろう（第1章）。看護師として、私たちがあらゆる文化、または民族集団の専門家になることは不可能である。実際、「専門家」になることは、人びとを固定観念（ステレオタイプ）化し、一般化することにつながるという議論もある。ヘンリーとショット（Henley and Schott 1999）は、任意の文化の誰にでも疾病と健康に関して同じ考え方や前提が当てはまる訳ではないと強調する。

…異なる社会経済レベルにある同一民族より、同一の社会経済レベルにある異なる民族間にある健康信念や実践に、より多くの類似点があるかもしれない（Henley and Schott 1999:25）。

7 実践における健康信念の応用

クリスティン・ホグ

訳：力武由美

保健医療における多元主義

保健医療において、多元主義とは2つあるいはそれ以上の異なる保健医療体系を用いることをいう。それらは併用されることもあれば二者択一的に用いられることもある。この背景には、英国における補完医療や代替医療への関心が高まりがある。例えば、肌に湿疹ができる子どもを持つ母親のなかには、ホメオパシー（同種）療法を一時期用いたら、その後はステロイド軟膏を塗布する従来の療法に切り替えている人もいる。うつ症状を持つ男性の例では、本人がうつの原因はストレスだと思うと、一般開業医に抗うつ剤を処方をしてもらう一方で、マッサージ療法を受けているといったこともある。英国のイスラム教徒は一般開業医の診断を受ける前か後に、あるいは直接イスラム教徒の医師にみせることもある。ヒンズー教徒のコミュニティでは、ヴェイド（Vaid）〔訳者注：インドの伝統医術の医師〕が保健医療を施していることがある。また2つの保健医療を併用するものもいる。1つの体系を実践し、一般開業医（専門医）の診断を受けても、医師の助言は無視して、代わりに他の人（例えば、親戚や友だち）の助言にしたがうこともある。従来の開業医に加えて、あるいは代わり、代替医療者を利用している人も多い。

ガーヴァイスとヤフチェロヴィッチ（Gervais and Jovchelovitch 1998）は、聞き取り調査をした結果、中国人は2つの保健医療体系（例えば、中国伝統医学と西洋医学）を統合しようする傾向がみられることを明らかにした。聞き取り調査を受けた1人が次のように言っている。

中国医学と西洋医学は実にうまく共存していると、私たちのほとんどは見ています。概して、私たちのほとんどは効き目があるとなればどんな療法でも試してみたいと思います。中国人が両方〔訳者注：中国医学の医者と西洋医学の医者〕にかかっているのを時々みかけることがあります。まず西洋医学の医師に診せて、それから薬草をもらいに薬草医のところへ出かけて行き、どちらの薬も並行して服用するのです。中国人はそのようなことに矛盾を感じません（Gervais and Jovchelovitch 1998:51）。

この調査協力者の多くは、西洋医学は「対症」療法に有益であるのに対して、中国医学は病気の根本に取り組むと信じていた。実際、西洋の生物医学は重い病気の治療に用いられるのに対して、強壮剤や薬草といった中国医学は健康維持に用いられている。中国人は異なる知識体系を統合し、健康資源を結合させていることが本研究で明らかにされた。彼

らは、保健医療への対応には柔軟で、一方の療法を犠牲にしてもう一方の療法だけを信頼するということとはしていなかった。

ソーン(Thorne 1993)は西洋医学に対して、また健康や病気の治療について他の療法よりも優位であるとする主張に対して批判的であった。非生物医学体系は、「非合理的、非客観的、迷信的」であるがゆえに劣っていると一般的に見なされているが、ソーンは社会の矛盾を次のように強調している。

私たちは心理的・社会的安寧を追求しようとして身体的自己を痛めつけ、したがうつもりもない専門医の助言に金銭を支払う。国民が「健康」を追求しようとする一方で、社会には犯罪や不正が増え、環境破壊が進む(Thorne 1993:1934)。

西洋医学が支配的ではあっても、実際、先住民はそれを無視することが多いことを、ソーン(1993)は強調している。このことは喫煙に関する健康増進への理解が得られにくいことによっても説明できる。喫煙と心臓病との関連は科学的に証明されてはいても、おびただしい数の人が喫煙を続けている。興味深いことに、喫煙は楽しみだとかストレスを和らげてくれるものだと言い張って、喫煙を正当化する人さえいる。「喫煙では死ななくてもどうせ何かが原因で死ぬのだから」とか「明日バスにひかれて死ぬかもしれないのだから」といった文句は、おそらくだれもが聞いたことがあるだろう。健康に関するこのような見方は宿命論的である。つまり、健康はだれか他者の手中にあると思っているのである。ソーンが生物医学に対して批判的なもう1つの点は、良好な人間関係を維持することに与えられる優先度の低さである。中国の精神保健医療(メンタルヘルス)では、例えば地域活動としての健康維持増進に大きく重きが置かれている。つまり、健康はすべての人の責任なのである。そのため、例えば、患者に対して敵意を抱いている大元を見つけ出し、両者の関係を修復すれば、健康を取り戻すことができるという考えである。これは西洋の生物医学と対照的である。急性期病棟で働く看護師の観察にもその考えが見られる。

私は入院患者の問題解決の方法についてしばしば疑問に思ってきました。私たちは患者が病気になる前と同じ状態にひたすら戻そうとします。つまり、問題が解決したときは「はい、もう自宅に帰れますよ。これで入院も終わりです」と言ってもよいときがきたということです。先月ある女性が隣家の息子に脅されて、入院してきました。彼女は急性喘息発作を起こしていたのですが、症状がよくなるとすぐに退院させました。原因究明はだれも考えませんでした。彼女は家の前の通りでいつも罵倒されていたというのが事実です。そのため大変な抑圧で閉塞状況に陥ったのです。しかし、私たちは病状の背景にある原因を無視し、彼女の最大呼気流速度(ピークフロー)値が上がったことにただ祝福するだけでした。

8 文化ケア：看護実践のための知識と技術

カレン・ホランド
訳：増田公香

文化に配慮した看護実践を促進する展開

看護やその他の保健医療専門職者の間で、文化的保健医療看護に関する課題を取り上げる試みがなされてきている。主として、これはその構成が急速に多文化化している世界中の諸社会の求めに呼応している。この変化の影響により、保健医療が必要としていることがらに従来とは異なる多様な様式が生み出されており、それが文化的に妥当で適切な看護を確保する、保健医療の提供体系を必要としているのである。

看護専門職者の間では、そのような試みは通文化的看護ケア (Transcultural nursing care: TCN) の発展である。それは、私たちが本書の第1版を書いたときには、英国の看護では比較的新しい概念であった (Weller 1991)。これは、英国保健サービスと、ある程度は英国の看護関係文献において、文化ケアについての情報の利用という点で変化してきている (Nairn et al. 2004; Darvill 2003)。それにもかかわらず、文化的な能力に関わる記述をカリキュラムに確実に取り込んでいるかどうかは、看護教育のための根拠資料では必ずしもはっきりとはしていない。例えば、ローダーら (Lauder et al. 2008)、スコットランドにおける看護師および助産師の登録前教育に関する評価研究において、「(看護および助産の) 学生は、能力を伸ばすということよりもむしろ関係する諸問題にさらされている」ことを明らかにし、「ますます民族的に多様化する地域の求めに呼応する教育の提供を確保するための作業が必要であり、地域の需要に対応できるように継続的に発展する」と述べている (Lauder et al. 2008:196)。

看護実践と教育を進める方法としての通文化看護に関連して、通文化看護モデルの中心的主唱者で開発者はレイニンガー (Leininger) である。アメリカ人の看護師であり人類学者である彼女は、「文化に特有な、そして文化的に普遍的な看護実践」の本質を定義するために、集中的な文化的民族誌的研究を行った (Leininger 1978b)。彼女は、「今日の世界の状況や人間の福祉への関心は、私たちに文化の概念を理解するように求めている」と確信している (Leininger 1978b)。介護者としての役割を担う看護職者とその他の保健医療専門職者は「文化的個人」であることの意味を理解するように努める義務を背負っていると主張している (1978b)。レイニンガーは (1978b)、彼女が名づけた「通文化的看護 (transcultural nursing) の下位分野」の創設者であると主張している。そしてこれは、

効果的な看護実践の不可欠な前提事項であり、看護師は彼らが看護する人びとの文化について学ぶべきであると確信している。彼女は通文化看護に関して精力的に執筆している (Leininger 1978; 1985; 1989; 1990; 1994; 1998; 2002)。そしてアメリカにおいては、今ではこの看護領域において中心的な研究誌である「通文化的看護研究(the Journal of Transcultural Nursing)」の創始者であり初代編集者となった (<http://tcn.sagepub.com/>)。この看護における下部領域についてのレイニンガーの定義は以下の通りである。

文化固有のそして文化に普遍的な看護ケア実践を提供するために、科学的人文学的知識を創出することを目的として、人びとの看護行動、看護そして健康と病気にかかわる価値観、信念と行動様式という点に関連して、異なる文化と下位文化の比較研究と分析である (Leininger 1978b:8)。

ヘーバーグ (Herberg) は類似した見解を示している。つまり通文化的看護とは、

個人、家族そして諸集団の求めに看護を提供することに関係している。そうした、個人、家族そして諸集団は、多くの場合一社会あるいは社会を超えて、多様な文化的人口構成を呈している (Herberg 1995:3)。

しかしながら、通文化的看護は、看護専門職者の間では支持と批判の両方がある。ジェームズ (James 1995) は、レイニンガーが「通文化看護を専門領域として確立させたことで、その領域を特権 (エリート) 化させた」と信じている。ブルーニ (Bruni 1988) は、「行動様式を決定する」手段として文化に焦点を合わせた結果、階級やジェンダーといった他の重要な変数が保健医療関連の議論や決定から取りこぼされていったと信じている。ブルーニは、オーストラリア先住民の保健医療問題と状況に言及して、以下のように記している。

文化主義的説明では、先住民が昔ながらの方法を放棄できないことに焦点を合わせている。昔ながらの信仰や実践の根強さが、西洋的实践を受け入れることを邪魔しているように見える (Bruni 1988:29)。

保健医療計画の実施での相次ぐ失敗は、オーストラリア先住民であるアボリジニが、病気について昔ながらの説明に固執していることが原因にされている。しかし、アボリジニ

の人びとが保健医療サービスを自らの手で担ったとき、それはジェンダーも階級的不平等も認めており、健康教育も保健医療という点においてもはるかに素晴らしい成果を納めた (Bennett 1988)。

オーストラリア・アボリジニの健康状態は依然として関心事であり、彼らの間での疾病率はオーストラリアの他の民族集団より高い (章末のウェブサイトのリスト参照)。

より一般的なレベルでは、ピニカハナら (Pinikahana et al. 2003) の研究により次のことが明らかになった。実践の中で主張されているにもかかわらず、れていることにもかかわらず、オーストラリアにおける看護教育では、異なる文化が状況ごとにいかに対応するかに焦点を合わせて、カリキュラムに通文化的課題を取り込むことは、多文化社会の健康ニーズの複雑さに対して、学生を十分に養成することはできなかった。これは、ローダー (Lauder et al. 2008) らが英国で行った研究結果を反映しているようである。サウス・オーストラリア州政府は、現在、アボリジニの保健医療のために教育的配慮と主要な成果を含む看護助産戦略計画 (SA Health 2008) を策定した。

当時英国において通文化的看護の実践を支持したコーティスは (Cortis 1993)、保健医療における文化概念に関して問題となる課題のいくつかを議論している。彼は、「文化の研究は人種差別主義という現実の課題を避けるメカニズムだと解釈されうる」というボトムリー (Bottomley 1981) の見解に言及し、文化の潜在的な静的そして普遍の本質 (例えば、アフリカ文化) に焦点を合わせて固定観念的な文化に関わる付加的問題があると述べている。しかし、ストークス (Stokes) は次のように考えている。

通文化的看護の動きの意図は、賞賛されるべきかもしれないが、実際には、いわゆる「専門家」という新しい集団は、基本的原則から看護計画を立案できる、熟練し情報をきちんと持つ看護師の必要性に取ってかわることができないだろう (Stokes 1991:42)。

ウイルキンズ (Wilkins 1993) は、通文化的看護に関しての広範囲な文献研究において、類似した見解を示し、「文化特有の看護を議論するにはある種の危険が存在するかもしれない」とし、そして、個人の固有性を認識する文化的意識や配慮を、看護師に教えるべきであると結論している。この見解は英国とアメリカ合衆国の文献において、看護師が多文化社会における看護を学ぶことが推進されるべきことの強力な推奨となっているようである。

9 死ぬことと死者を送ること：比較文化的視点

カレン・ホランド

訳：因 京子

はじめに

死・死にゆく過程・嘆きは個人的な経験であるが、病院でこれらが生じる場合には社会的なものとなる。様々な文化における、死にまつわる信念・儀式・習慣は、文化ごとに実に多様である。この中には看護師自身の職業的文化も含まれる。看護文化においては、看護学生として初めて死に直面することがこの職業への参入儀式の一部となっている。私たちの社会は多文化社会になってきているため、看護師も保健医療専門家もより広範な精神的・宗教的信念に遭遇するようになり、医療看護実践に文化的対応を行う必要が生じている・・・中略・・・

死の意味

もっとも簡単な定義をすれば、死とは、それ以前にある人が持っていた「肉体的形態」においてが存在するのをやめる段階であると言える（生物学的死）。スドノー(Sudnow 1967)は、このほかに2つの定義をしている。すなわち、「臨床的死」と「社会的死」である。前者は、「検査をすれば死の兆候が認められる」ということで、後者は「臨床的、生物学的にはまだ生きていても、基本的にその人が死体として扱われる」段階を指す(Bond and Bond 1986)。社会的な死の例としては、病院で、死ぬ可能性がある人が一般病棟から裏部屋へと移される場合をあげることができるだろう。死は、時を選ばず様々な理由でやってくる(例：流産、人工流産、自殺、病気、事故、老衰)。

技術の進歩した現代にあつては、死の訪れた時刻を正確に判定することが重要なことになっている。特に例えば臓器提供によって、その死から利益を得る人がある場合である。イスラム法審議会による条文(the Muslim Law Council 1996)は臓器移植について「移植目的であれば脳幹死を生命の終わりとする」ことを受け入れるという主旨の見解と裁定を述べており、移植を「シャリーア(Sharia) [訳注:コーランに基づくイスラム法]の定めに基づいて痛みを軽減し命を救う手段として」支持している。この過程は「社会的死」の一形態と見なすことができる(例えば、家族が、死につつある人がドナーであるかどうかを尋ねられ、ドナーでない場合には、身内として臓器移植に同意するかどうかを明らかにすることを尋ねられる場合)。

しかし、死をこのように「生物医学的」に解釈することをよしとしない文化や宗教もある。このことを、死亡と診断されたときには心に留めておくことが大切である。というのも、死に関連する儀式には重大な意味を持つからである。多くの文化（例えば、中国文化）は、死にゆく人にとって、死を移行のときととらえ、儀式を行うべき時機であると考え（Pattison 2008）。これらは、「通過儀礼」として知られており、ある人が1つの社会的地位から別の地位へと移動するとき（例えば、誕生、結婚、死）に行われる。こうした儀式は、死にゆく人、それを送る人に、何が期待されているのかを自覚させる。したがって、個人が死をどのように経験するかということが、看護師および保健医療専門職が患者の家族や親族をどう支えていくか、また、自分が看護してきた人の死に臨んで自分自身の感情にどう対処するか、に、重大な影響を与える。

安楽死、すなわち、幫助された死の問題も、報道においてこれが頻繁に注目されている現状を考えると、考慮すべき重要なものと言える。シークとガトラド(Sheikh and Gatrad 2000:98)は、「イスラム教では、生は神聖でアラーからの『預かりもの』であるとみなされる」ため、自殺も安楽死も許されないと明言している。しかし、「過度の苦しみにはイスラムの教えは意味を与えない。無痛処置を施すことによって死が早まるとしても、それは許される。大切なことは、死を早めることが第一義となっていないということだ」とも述べている。

パーネルとセルクマン(Purnell and Selekman 2008)は、ユダヤ文化および宗教では積極的な安楽死は禁じられており、殺人と見なされると述べている。しかし、「消極的な安楽死は、解釈次第で、許容される」とも説明している。「自然に」死ぬことを妨げるものや「死に至る過程を長引かせる」ものは許容されず、「したがって、死を人工的に妨げる処置（例えば、心肺蘇生）は、患者の要望および患者の宗教的見解によっては、実行されないかもしれない」。

スカルタ(Skultans 1980)によれば、死それ自体は、「個人には喪失であり、より大きな集団にとっては社会的混乱」であり、変化を生み出す。そのため、死に関連する儀式は例外なく非常に入念なものである。しかしながら、今日の英国の諸社会集団のほとんどにおいて、死の儀式は最小限に抑えられている。例えば、英国の家庭の多くで、家族の死後に黒い服を着たり喪章を付けたりして喪に服していることを世間に示すことはしなくなっている。ただしアイルランドでは、通夜の習慣が未だ続いており、家族や友人が死を迎えた人に敬意を表すために集まる。

死者を送ることの意味

死者を送るとは、死にゆくことと死後の出来事をつなげる言葉である。人生におけるこの出来事を経験する人は、喪失を味わったのであり、何か、あるいは、誰かが、その人の人生から奪われたということである・・・中略・・・

人が死別という状況に対処する方法はその人が属する文化によって異なる。また、1つの文化の中でも個人による違いがある。例えば、ヒンドゥー教の人が死ぬと、年配の女性たちはいまでも大声で泣いて悲しみを表すという伝統的な喪の表現を取る。家族全員が、「少なくとも最初の10日間は、服喪の印として白を身につける」(Henley 1983b)。多くの文化において、死後の喪の期間において、色には重要な意味がある。例えば英国では、相変わらず黒が死を象徴すると考えられており、葬儀では敬意の印として黒だけを身につけるという習慣を守っている人が多い。黒い腕章も死後の服喪、沈黙の期間を象徴する。これは、誰か有名なスポーツ関係者が亡くなったときのサッカーの試合など、多くの公的出来事において見られる。

「悲嘆」は死別に続いて起こると思われる感情であるが、人はその属す文化によって、様々なやり方で悲しみを体験し、それを表す (Andrews 2008; Pattison 2008)。しかし、「死を迎える」「悲嘆」という概念は西洋的概念であり、私たちとは異なる文化的信念を持つ人の死に対処するときにはこのことを心に留めておかなければならない。

悲嘆の経験の仕方は、個人によっても文化によっても異なる。失神という身体的反応や不眠、攻撃的行動などの形を取り得る (Pattison 2008)。突然の死、あるいは予期されなかった死は、その人が死んだということの全否定という反応を引き起こすことがある。患者がどのように死んだかということも重要である。重篤な感染性の病気の場合など、愛する人に近づくことを禁止されると、近親者には長期にわたり不安が続くことがある。このことは、特定の死の儀式が存在する文化や人を一人で死なせてはならないと考えられている文化の出身者にとっては特に重大な意味を持つだろう (Galanti 2008)。

イスラム教の文化と宗教においては、親族や友人は死を弔った家族の家を訪れる。死者は神に会い、永遠の平安を得る（であろう）ことになっている。しかし、リース (Rees 1990) によれば、伝統的な服喪が行われることになってはいるが、あまり長く悲嘆にくれることは戒められ、悪いこととみなされている。アンドリュー (Andrews 2008) によれば、喪は、「文化的に定式化された死への反応行動」であり、それぞれの文化には独特の反応の仕方がある。

10 後記 ー英国での調査からー

徳永 哲

日本赤十字九州国際看護大学の教員有志によって、サルフォード大学看護学部で教鞭を執るKaren HollandとChristian Hoggの共著*Cultural Awareness in Nursing and Health Care: An Introductory Text*, Second Edition(2010)が日本語に翻訳され、2015年1月に福村出版より出版された。

原著は2000年の初版以来英国の看護教育のなかでテキストとして用いられており、近々に第3版の出版が予定されている。このように長い間、本書が支持されている理由の1つは、グローバル化する看護・保健のための人材育成を目指す当著書には世界の文化に関する知識が集約され、看護の「実践」の場に生かされるように周到に構成されているからであろう。

翻訳出版に関わったというつながりから、本研究グループの鈴木と徳永は、Hollandと亡きHoggが所属していたサルフォード大学看護学部において実際にどのような看護教育がなされているかを調べるために、実際の出版に先立ち現地を訪問した。同大学の看護学関連の教授陣は助産、社会福祉、犯罪心理、社会政策などの専門研究領域を持っていた。2014年9月14日に現地を訪れ、著者のHolland女史と他の看護学関連の教授の歓待を受け、看護学部の講義室で同校で行われているカリキュラムや、シラバスを通して科目説明を受けた。

Holland女史は看護教育において最も重要なことは知識の統合とその《実践》であると述べていた。ナイチンゲールの精神はHolland女史の看護教育にしっかりと生きていた。

秋期入学の直後で学内は学年はじめの慌ただしさの中にあったが、同学部の計らいで看護師養成のための専門科目の実習授業を見学することができた。拝見した実習教室では長い歴史がある看護教育の学識の集約を見ることができた。

最後に、本報告書は助成を受けた研究の活動報告である。研究自体は完結したわけではない。当初の研究目的に向けてさらなる研究を続けていく必要があることを、改めて述べておく。

以上

研究グループ（50 音順） **Research Team** ○代表(in charge)

五十嵐 清	IGARASHI, Kiyoshi
エレラ ルルデス	HERRERA, Lourdes R.
鈴木清史 [○]	SUZUKI, Seiji
因 京子	CHINAMI, Kyoko
徳永 哲 [*]	TOKUNAGA, Satoshi
橋爪亜希 ^{**}	HASHIZUME, Aki
増田公香 ^{***}	MASUDA, Kimika
柳井圭子	YANAI, Keiko
力武由美	RIKITAKE, Yumi

^{*}日本赤十字九州国際看護大教授を経て、純真学園大学講師

^{**}日本赤十字九州国際看護大学助手を経て、JICA ジュニア専門員

^{***}日本赤十字九州国際看護大学教授を経て、山口県立大学教授

平成26年度学校法人日本赤十字学園赤十字と看護・介護に関する助成研究報告書
日本の看護職養成課程における文化ケア教育に関する研究
—豪州・英国・米国のカリキュラムと教育現場の比較を通して—

「英国・アメリカ合衆国・オーストラリアの看護師養成教育における文化ケアプログラム」
Cultural Care in Nursing Education in UK, the USA and Australia

編集・発行：日本赤十字九州国際看護大学「日本の看護職養成課程における文化ケア教育に関する
研究—豪州・英国・米国のカリキュラムと教育現場の比較を通して—」研究グループ
(代表：鈴木清史)

発行日：平成27年3月31日

連絡先：811-4157 福岡県宗像市アスティ1-1 日本赤十字九州国際看護大学

電話：0940-35-7001 (代表)

電子メール: se-suzuki@jrckicn.ac.jp

Copyright © 2015

This is copyright. No part of this book shall, by way of trade or otherwise, be lent, sold or resold, hired out or otherwise circulated without the author's or authors' prior consent in any form of binding or cover other than that in which it is published and without similar condition, including this condition.

本報告書そのもの、および掲載論文すべての無断引用、複写、放送、データ配信などはお断りします。