

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red

Cross Kyushu International College of

Nursing

開発途上国で応用可能な地域看護活動についての一
考察：モロッコ村落部での地域看護活動をもとに

メタデータ	言語: ja 出版者: 日本赤十字九州国際看護大学 公開日: 2013-01-16 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 酒井, 康江, 松尾, 和枝 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.15019/00000056

著作権は本学に帰属する。

報告

開発途上国で応用可能な地域看護活動についての一考察 ～モロッコ村落部での地域看護活動をもとに～

酒井康江¹⁾ 松尾和枝²⁾

目的：開発途上国支援に応用可能な地域看護活動について考察すること。方法：昭和30年代の岩手県S村の事例を記述的枠組みとし、筆者らが行ったモロッコ村落部B村での地域看護活動を考察する。結果：B村は、治療に重きをおいた施設待機型医療で、医療スタッフが住民の居住地に足を踏み入れることはほとんどなかった。ゆえに地域の実態把握も希薄で、数少ないデータさえ活かされていなかった。また住民らの相互扶助意識は強かったが、彼らを組織しエンパワーメントする試みは行われていなかった。結論：開発途上国に応用可能な地域看護活動として、“活動地域の実態調査”や健康増進・疾病予防に重点を置いた“各種保健指導（家庭訪問・巡回相談・健康教育）”、また“住民組織活動”があげられた。これらを現地スタッフが主動していくためにも、理論と実践を共に繰り返す体験型学習でスタッフの能力向上につとめる。また戦後日本がどのように公衆衛生の荒廃を克服していったか事例紹介することも有効である。人材育成を基本に持続可能な活動にしていくためにも、相手国の組織体制を理解し、関係機関の管理者を巻き込むことも必要である。相手国へ尊敬の念を抱き現地スタッフらと強調・協同する精神は、活動中一貫して忘れてはいけない。

キーワード：開発途上国、保健師、地域看護活動、アウトリーチ活動

I はじめに

国連は2000年の国連総会で、公平かつ持続的な世界平和を構築するためにミレニアム宣言を採択し、8つのミレニアム開発目標を定めた。今それを受け、各国政府や援助機関、NGOなどが様々な事業に取り組んでおり、ODA上位国である日本も例外ではない。そんな日本も、かつては国連機関や世界銀行等から援助を受け、戦後復興を成し遂げた。無論、日本国政府や各種専門家の絶え間ない努力、そして国民一人ひとりも貴重な人的資源となり頑張りぬいたことも忘れてはならない¹⁾。このような日本の経験や教訓を開発途上国支援に応用・活用する意義は以前から言われており、2004年JICA調査研究報告書「日本の保健医療の経験」²⁾ではその可能性について述べられている。中でも重要な指摘は、「保健師がアウトリーチ活動により住民のニーズにきめ細かく対応したこと」が、短期間で乳児死亡数や結核を減少させ、世界屈指の長寿国になった一つの要因であり、このような保健師活動が、今後の開発途上国支

援にも応用可能だと述べられていたことである。しかしこれまでに、保健師活動である地域看護を開発途上国支援に応用した研究報告はほとんどなく、実践報告で終わっている。そこで本論では、時空や文化を越え、日本の保健師活動が本当に開発途上国支援に応用可能なかどうか検証することを目的とする。また活用応用していくために、必要なこと留意すべきことについても明らかにしたい。

◎ 保健師の「アウトリーチ活動」について

報告書²⁾中に用語の説明はなかったが、「アウトリーチによる結核や母子保健活動が行われた」などの文意と、アウトリーチ(outreach)本来の意味が“より遠くに達する、広げる、(手など)伸ばすこと”³⁾であることから考えて、ここでは保健師の「地域看護活動」全般ととらえる。

II 研究方法

「保健師がアウトリーチ活動により住民のニーズにきめ細かく対応した」代表例として、昭和30年頃の岩手県S村の事例を取り上げる。ここでの保健師活動を記述枠組みとして採用し、筆者らが2004年から3年間、モロッコ王国(以下モロッコ)の村落部

1) 日本赤十字九州国際看護大学

2) 福岡女学院看護大学

B村をフィールドに行った地域看護活動を考察する。

S村は「自分たちで命を守った村」として文献も多く、その功績は国の内外から認められている³⁾。また表1のように、両者にいくつかの共通点があったことも選定理由となった。

表1 岩手県・S村とモロッコ・B村の類似点

	S村(～1950年)	B村(2004年)
乳幼児死亡率	70.5	55
冬季の暮らし	約5～6ヶ月間は豪雪地帯のため、近隣の街への交通は遮断される。	
貧困	一人当たりの所得→県内で最下位・生活保護世帯10%	農業・畜産業が主で、定期収入がある者は少ない。例→ムカデムは800DH/月、羊飼いは450DH/月。(1DH?12円)
インフラ	公共交通機関なし、ライフライン未整備、車所有者少ない。	
住居	採光・換気・湿気・気温・衛生等に配慮が少ない。	
医療事情	昭和29年病院開設するが医師不在。医療費自己負担。	医師のいる保健センター(CS)まで車で30分、医療設備完備の病院まで車で60分
看護職	昭和31年、初の保健師配属。	地域診療所(DR)に准看護師1名
住民の健康に関する知識や関心度	情報入手の手段がないため、無知であることが多い。しかし、チャンスさえあれば住民らは高い関心を示し学習意欲も高い。	

Ⅲ 岩手県S村(昭和30年頃)について

S村は岩手県の西南に位置し、標高は240～450メートルある山村である。農林業が中心だが、毎年12月から4月頃まで積雪のため交通が途絶される。生活保護世帯数、乳児死亡率ともに、県内で最悪の状態だった。そんな「豪雪・貧困・多病」の村として問題を抱えていたS村も、ある村長の就任がきっかけで、乳児死亡率ゼロ、乳児・老人の医療費無料化、水田の倍増など偉業を重ね、その名は全国にひろがる。以下は、S村の概略である。

1) 村政

村長は、人命尊重こそが村政の最重要課題とし、医療や教育、道路や農林業などの整備をはかった。例えば、患者輸送車やマイクロバス、除雪機や雪上車を購入し、住民の移動手段や冬の足場を確保した。部落ごとに公衆電話を設置し、住環境整備にも着手した。乳児と老人の医療費を無料化し、全世帯にひいた有線放送で農民体操や健康情報を発信した。開田や集落移転も実施し、貧困の打開につとめた。このような成功の裏には、村長の3つの施策があったからだと言及する者がいる³⁾。一つ目は役場職員主導ではなく、村民が力を結集し自分たちで命と健康を守るというもの。二つ目は弱い立場にある人達か

ら救済していったこと。三つ目には部下やスタッフの意見を取り入れ実行したことだった。

2) 医療体制

以前から医師の確保に苦勞していたが、昭和35年、3ヶ月の予定で赴任した医師がその後永きにわたり地域包括医療体制を確立するキーマンとなる。これは「健康増進・予防・検診・治療・社会復帰」の5本柱を住民らが参加のもと行うものだった。そこで病院を行政機構の中の健康管理課に位置づけ、医師がその課長職を兼任することで、医療サービスが直接住民にいきわたりやすい体制づくりと、診療活動と保健活動の一体化により疾病予防に力を注いだ。例えば、病院内に母子保健センターや歯科予防センター・健康相談室を併設し、歯科衛生士・栄養士・助産師も雇用して地域巡回を行った。往診はいかなる理由があろうとも断らず距離に関係ない定額制を実現し、出張診療所も開設した。これらが功を評して、検診受診率は県内トップとなり、国保被保険者一人当たりの医療費や脳卒中死亡者が減少していった。

3) 保健師活動⁴⁾

1938(昭和13)年の国民健康保険法制定以降、その推進と健康の保持増進、疾病予防のため、多くの市町村で国保保健師が設置されていったが、S村は昭和30年まで保健師がいなかった。昭和31年に育成制度を設け、2人の保健師が誕生し、昭和37年には4人体制(人口1700人あたり1人)になる。彼らは手始めに、実態調査を慣行し、集計結果を看護活動や周囲へ理解と協力を求めるための資料とした。各種健診のデーターを、個人と世帯ごとに台帳管理し、継続的かつ包括的な医療体制を整備した。その他、全戸家庭訪問、健康づくり部落巡回相談、各種住民組織に出向いての健康教育・健康相談を通じ、疾病予防や健康増進活動に力を注いだ。また保健連絡員や婦人会など住民組織と行政との橋渡しも行った。「家庭が保健活動の推進力」になっているとし、中でも家庭訪問に力をいれた。保健師らは、勤務時間外も訪問バックを持ち歩き、即時対応を心がけた。人命に関わるのであれば、早朝・夜間問わず吹雪の中でも村内を駆けまわった。

4) 住民組織

S村の成功は、住民たちの底力にあったと言われるほど、村民の結束力は強かった。村長は就任直後、住民の中から保健連絡員(のちに保健委員)を選任

した。彼らは、保健衛生思想の普及と担当地区の衛生状況及び住民の健康状態の把握、村が行う保健活動事業への協力等を行い、わずかな報酬が与えられた。人選は保健師が事前に適任者を根回しした。保健委員は健康管理課や病院と絶えず連絡がとれるなど、フォロー体制も充実していた。保健委員以外にも、老人クラブ連合会・新生活推進協議会・青年会などによる健康問題の調査実施や社会教育活動、研究会なども行われた。更に“村の保健問題は、婦人の荷が重過ぎるからだ” “男性中心の考え方や姑たちの封建的な考え方から、女性や子どもたちの健康を守るう”とする村長の考えで、婦人会・若妻会の活動も積極的に支援し、衛生・育児・栄養等の学習会を開催した。

IV 研究結果

1. モロッコB村について

1) 活動目的

所属大学が2002年度から4年間、「モロッコの地方村落妊産婦ケア改善事業」(JICA 国際技術協力研修)の研修施設となり、述べ80名の行政官や医療職者らを受け入れた。その一環で筆者らは、短期専門家としてモロッコを訪問した。それにより、都市部と村落部の保健医療水準に格差があること、その地域格差是正には戦後日本の保健師活動を応用できるのではないかと考えた。そこで、実現可能な地域看護を検証する目的で、活動を開始した。

2) 活動期間

2004年4月から2006年12月まで。その内、B村での活動は約1~2週間の日程で計3回実施した。

3) 活動内容

事前に、関係者(保健省支局長・県知事・村長・村会議員・内務省職員など)らへ、活動方針やその内容について説明。その後も、活動状況の報告や事業提案等を行い、関係を密にとった。活動の柱は、地域の実態把握・フォーカスグループインタビュー(Focus Group Interview、以下FGIと略)・健康学習会の3つで、以下それぞれについて詳述する。

①地域(B村)の実態把握 : 関係者や住民らへのインタビュー、寝食を共にした宿泊体験、既存の資料や統計データ、医療施設の見学などから、実態把握につとめた。その概略は次のとおりである。

人口は3099人(2005年)。そのうち15~49歳の女性は823人(26.6%)、既婚女性は436人(53%)、

年間出産予定数は74人であった。標高1700メートルの高地にあり例年11月~3月は降雪期で村外への交通は遮断される。移動手段はロバなどの動物が主だが、車所有者もわずかにいて、金銭と交換に村民の足となっている。水は、女性や子どもが近くの河川から汲み、電気はない。農業・畜産を営むものが主で、定期収入がある家庭は少ない。家族は、親・兄弟それぞれの家族が同居する大所帯である。男性優位社会で、家族内・集落内の結束・相互扶助は強い。宗教はイスラム教で、伝統や文化を重んじる先住民族が多く現地語を使う。学校は、小学校が1校あるのみ。主に生活福祉分野を担う内務省の組織図は図1のとおりだが、中でもカイドは医療費免除になる「貧窮証明」を発行する権限をもっている。

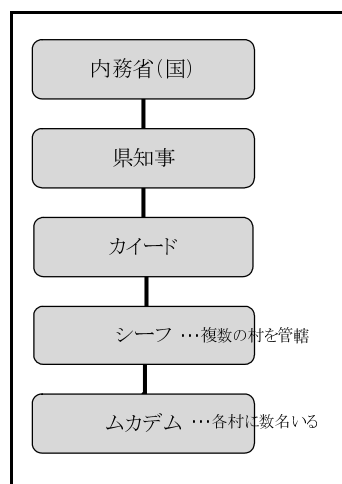


図1 内務省職員

その下のシーフ・ムカデムは村内のあらゆる情報を把握し、いずれも行政とのパイプ役として重要な存在である。保健医療分野を担う保健省の組織図は図2である。この中の地域診療所(Dispensary、以下DRと略)はB村にも一ヶ所設置され、男性看護師が一名配属されている。DRの看護師は、初歩的な治療や予防接種、市場開催日に母子保健や家族計画をテーマにした健康教育、保健センター(Center de Sante、以下CSと略)への実績報告等が日常業務である。政府主導で年に数回、予防接種など保健衛生活動を推進するキャンペーンが行われるが、電気や交通手段のない住民らには浸透されてはいなかった。出産助産は、村内にいる伝統的産婆(Traditional Birth Attendant、以下TBAと略)が担っており、住民らの評価は高かった。医師のいるCSへは車で30分、医療設備完備の病院へは60分かかる。DR、CSいずれの医療スタッフらも、施設に来所する住民ら

を対象としており、彼らが家庭を訪問することはない。疾病予防・健康増進というよりも治療重視の医療。2004年保健省が実施した人口・家族保健調査の結果⁵⁾によると、村落部の妊産婦死亡率（出生千対）は267、乳幼児死亡率（出生千対）は55、新生児死亡率（出生千対）は33であり、いずれも都市部に比べ高い。B村から車で1時間かかる公立病院で、2005年1～6月の妊婦死亡について調査したところ、妊婦死亡0件、死産14件だった。死産の64%（9件）は村落部出身者で、季節は1～4月に集中していた。死産原因は、骨盤位・横位と遅延分娩が60%をしめた。また、初産が多く巨大児が多いなど都市部と明らかな違いがあった。得られたデータが少ない上に、医療スタッフらはそれらを分析しておらず、その後の活動にも活かせてなかった。つまり、彼らはB村の実態を感覚的にしか捉えていなかった。

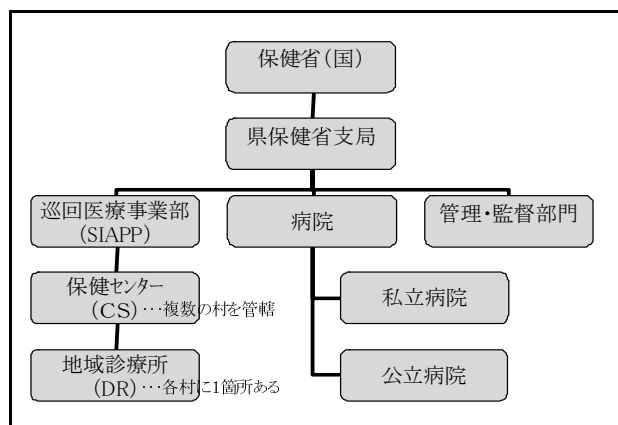


図2 保健省組織図

②FGI : ①の情報をもとに、筆者らがファシリテーターとなり、現地看護職者ら同席のもと行った。性別また年齢別でグルーピングし、文化や風習、健康問題などをテーマに進行した。事前にグルーピングした理由は、忌憚ない自由な意見を期待したため、前述した男性優位かつ家長優先の風習を払拭するためだった。グループの属性と人数、および内容については表2のとおりである。住民らは、我先にと意見を白熱させ、発言を躊躇するような素振りは見せなかった。その中で、“雪の降る冬季に妊婦が死亡している”ことや“ピルの飲み方を知らない”男性がいること、“女性は妊娠・出産で、自分や子どもが死ぬかもしれないという不安を抱いている”という事実が浮上し、現地医療スタッフらもそれには気づいていなかった。また“冬季を避けて出産すればいい”

表2 FGIのグループ別参加人数と得られた内容

属性	人数	内容
長老	約20名	良い嫁は“妊娠中腹痛があっても黙って我慢、病院に行くのは悪い嫁”と、全員一致の意見。
若い既婚男性	5名	全員が我が子の誕生日を知らない。4名の妻が降雪期の出産を経験、内2名が死産。理由は積雪による交通の遮断だった。“それなら降雪期の出産を避ければいい”という長老の提案に対し、若者らは避妊法を知らないと答える。
若い既婚女性	4名	3名に死産経験あり。女性はみな“妊娠・出産で自分や我が子が死ぬかもしれない”という不安をもっている。妊娠中、受診したいが家族の許可がある。3名がTBAの介助により出産、心臓疾患を持つ女性1名は病院で出産。

と住民自ら問題解決の糸口を見つけたり、“そのために今度、家族計画学習会を計画しよう”と約束する現地医療スタッフがいるなど、自己解決型のFGIが展開した。

③健康学習会 : ①②で得られた情報のうち、特に母子保健問題に関する結果を住民らにフィードバックし、その健康問題を解決すべく方法について学習会を開催した。初めての試みだったのと男性優位社会であることを考慮し、男女別にグルーピングし、それぞれ一回ずつ行った。男性らの学習会には、長老やムカデムも含む老若10名が参加した。女性らの学習会では老若12名が参加した。

まず、戦後日本の状況とその後どのように保健医療が改善していったのか事例を紹介することで、住民の自己効力感向上をねらった。次に、冬季の出産問題と妊娠中の主な異常について、図や絵を用いて示した。またマギーエプロン（ジョイセフ国際協力推進グループ）を使用し、避妊具や避妊法、健診や医療機関受診の必要性を指導助言した。これらを、同席した現地看護職者らが現地語でサポートし、当初、聞く姿勢のなかった者も、次第に打ち解け興味を示してきた。最後には「家族計画や健診の必要性について理解できた」「これまでの考えを改め、妊婦の健康管理に配慮する」「学習したことを家族や地域に広めていく」と感想をもらし、「今後も会を継続して欲しい」と語った。そのための一つの方法として、自主グループ設立を筆者らは住民らに提案した。これら一連の活動により、我々は住民らの学習意欲や健康への関心の高さを知ることになる。

我々の活動に同伴した看護職者らは、「医療施設で住民を待つだけでなく、村に出向き疾病予防・早期発見を啓発することが大切だ」と感想をもらし、ア

ウトリーチ活動や一次予防・二次予防の必要性を感じたようだった。

V 考察

1. 3つのアウトリーチ活動

本論の目的は、日本の保健師活動が開発途上国支援に応用可能なかどうか検証することにある。そこで前述したⅢから、岩手県 S 村保健師のアウトリーチ活動として、「実態調査」「各種保健指導（家庭訪問・健康相談・健康教育）」「住民組織活動」の3つを取り上げた。これらはB村にとって高いハードルかもしれないが、今後B村に活用または応用の可能性があるのではないかという点で選定した。(表3)以下、それぞれについて検証していく。

表3 保健師のアウトリーチ活動における岩手県・S村とモロッコ・B村の現状

	S村(1950年～)	B村(2004)
実態調査	実態調査を行い、結果を保健師活動に活かすばかりでなく、関係者や住民にもフィードバック。個人と世帯ごとに台帳管理し、継続かつ包括的な医療体制を整備。	所持しているデータは少なく、わずかにある情報でも分析されていなかった。ゆえに、その後の活動にも活かせておらず、B村の実態を感覚的にしか捉えていなかった。
各種保健指導	“家庭こそが保健活動の推進力”ということで、家庭訪問・巡回相談を重視。訪問バッグを持ち歩き、即時対応。住民組織活動の育成と支援。疾病予防に力を注いだ。往診は断らず出張診療所も開設。人命尊重が村政の最重要課題。医療費十割給付。行政と病院で地域包括医療体制の実現。	DRの看護師→住民に最も近い存在として、医師に変わる簡単な応急処置や診察業務、予防接種や市場開催日の健康教育、CSへの実績報告など行う。公立病院の助産師→施設内での分娩助産。妊娠中のフォロー。疾病予防より、治療重視の医療。村に出向いて医療活動することは少なく、施設内での待機型医療。
住民組織活動	保健委員会・老人会・青年会など組織を通じた住民のエンパワーメントを実現。婦人会・若妻会など女性グループも支援し、健康問題解決に向けた活動を展開。	住民同士の結束・相互扶助意識は強い。各人意見を持っているが、共に語り合い力を結集する機会がない。行政医療者側も住民を組織し彼らのエンパワーメント促進をはかるような動きはない。

1) 実態調査

S村の保健師らは、活動当初から地域の実態調査を行い、住民の健康問題を明らかにした。またその結果を自らの看護活動に活かし、周囲の理解と協力を得るための資料にもしていた。各種健診のデータは、個人と世帯ごとに台帳管理し、継続的かつ包括的な医療体制を整備した。またこのような活動地域の実態調査は、住民との信頼関係を築く上でも大切な行為であることが『日本の保健医療の経験』の中で「統計資料を基に、住民の健康指標の変化や効果測定を行っていることは特筆すべきことである。そうした活動を通じて、当時の保健師は住民とより

深い連帯と信頼関係を結び、成果を結実させていったのである」²⁾と述べられている。

B村の医療スタッフらは、村の実情を感覚的にしか捉えていなかった。いくつかのデータを所持していたが、数が少ない上に、分析が十分に行われておらず、せつかくのデータも、ただの紙切れに終わっていた。ゆえに、住民が何を考え何に困っているかなど知る由もなかった。

その原因として、交通に関わるインフラ整備の遅れがあげられる。しかしそれは1950年以前のS村も同様だった。ではなぜB村に地域の実態調査が希薄なのか考えたとき、それは人材そのものに問題があるのではないかと考えた。すなわち現地医療スタッフらは、実態調査の必要性やその効果またノウハウを理解していない。更には、施設待機型の医療体制そのものが、現地医療スタッフらの足をB村に向かせておらず、それが実態調査につながっていないのではないかと考えた。その謎を解く鍵として、次を引用する。「開発途上国では政府職員と一般住民との間の階層的、身分的距離が大きいことがしばしば指摘される。エリート層である政府職員は地域住民に対して優越感をもち、住民も政府を信頼していない。つまり行政と住民との間で一体感が共有されておらず、それぞれが違う方向を向いて開発に取り組んでいる」⁶⁾と。つまり、住民と医療スタッフの断層的・身分的距離が両者の溝を大きくし、施設待機型医療を生み出しているということ。

そこでまずは、活動地域の実態調査の必要性や効用を現地医療スタッフらに伝え、情報収集していくプロセスを共に歩むことが必要だと考える。しいてはそれが、医療スタッフらの足を住民の居住地域に向かせ、両者の断層的・身分的距離を、徐々に解消していくことにもつながるのではないだろうか。それを実現していけば、地域の実態調査実現も決して難しくない。また調査結果を周囲へ周知させたS村にならって、結果は関係者ばかりでなく、当事者である住民にもフィードバックし、自ら健康について考える機会にしなければならない。それは、筆者らの健康学習会で住民らに実態把握の結果を伝えた際、彼らが興味を示し疾病予防行動に意欲を見せた様子からも、その必要性と実現可能性を感じている。

2) 各種保健指導

そもそも保健師活動は家庭訪問に始まったといわれている。『日本の保健医療の経験』の中でも「保健

婦活動は足で歩くことが原点とされ、住民の生活の中で入り込んで指導することが重視された²⁾と記されている。そんな保健師活動の原点ともいえる家庭訪問を、S村の保健師らは主力業務とし、巡回相談も精力的に行っていた。これにより、住民らは保健師に絶大な信頼を寄せ、しいては保健師活動推進にも好影響を与えた。つまり、住民を施設で待つだけでなく、対象地域に出向き住民の生活の場で看護するアウトリーチ活動が、住民らの行動をも変えたのである。

B村を管轄するCSや県の看護職らは、家庭訪問や巡回相談を実施していなかったが、そもそもそのような発想すらなかったようだ。また健康増進や疾病予防などを地域包括医療体制の中に位置づけたS村に対し、B村は疾病治療に重きをおいた施設待機型医療だった。しかし容易に医療機関に受診できる環境にないB村だからこそ、今後、健康増進や疾病予防にも重きを置けば、住民らのヘルスアップが期待できると考える。

つまり、家庭訪問や健康相談、健康教育の必要性や効果について説明するとともに、その方法については実践を交えながら、現地医療スタッフらに伝授する。その際、住民のセルフケア能力を高めるべく一次予防・二次予防の概念も伝え、健康増進や疾病予防活動が要になることを説明しなければならない。疾病予防や異常の早期発見を中心に健康学習会を開催した我々は、住民の学習意欲と健康への関心の高さを感じた。またそこに同席した医療スタッフらが「医療施設で住民を待つだけでなく、村に出向き疾病予防・早期発見を啓発することが大切だ」と語ったことから、今後、疾病予防や健康増進に重点を置いた家庭訪問や健康相談、健康教育の実践が、可能性として十分期待できるものと考えた。

3) 住民組織活動

B村では、健康問題を解決すべく政策が、当事者である住民まで浸透しておらず、村民不在のもと政府関係者・医療スタッフらだけで政策展開されていた。一方S村では、住民らを組織し育成することや、中でも女性らをターゲットに健康学習会を推進するなど、村の健康を住民主体で実現していこうとした。看護職がいくら健康情報を提供しても、住民らの意識が変わり彼らが実践しなければ、健康生活は実現しない。S村は早くからそこに着目し、住民の主体性・気付きをうながすような活動を展開したのであ

る。

『日本の保健医療の経験』の中でも「村長を中心とする自治体が主導しつつ、時間はかかっても住民自身による下からの改革を目指したこと²⁾がS村の成功の鍵だったと記されている。このように、まずは医療スタッフがファシリテーターとなり、飾らない本音の話をひき出すことから始めてもいいのではないだろうか。そこから住民らは結束を強め、何かを発起する契機になるかもしれない。自信がつけば、住民主導で問題解決を図ろうとする意欲も沸き起こるのではないだろうか。そもそも村落部は都市部に比べ、隣近所との関係が密接で相互扶助意識が高いという利点がある。それはB村も同様だった。そんな村落部の強みも活かし、始めの一步を行政側・医療側が仕掛ければ、彼らのセルフケア能力は開花する可能性がある」と、健康学習会等住民と接する中で感じた。

女性は周産期ばかりでなく生活全体、健康に関係する衣食住のほとんどを管理している。S村はそんな家族の健康生活実現のキーマンとなる女性に着目し活動を展開した。B村は男尊女卑の色濃い村落だったが、女性の内に秘めた力はFGIや健康学習会で十分感じる事ができた。つまり、B村の女性もエンパワーメントされる可能性は十分あると考える。

今回の我々の活動では、自主グループ設立を提案するに留まり、地区組織活動の推進や女性のエンパワーメントまで至らなかった。これらが遂行されるよう、もっと中長期的なビジョンをもって、現地の医療スタッフや住民らと活動当初から関係を密にとっていかなければならなかったと感じている。特に、女性の地区組織活動に関しては、多くの開発途上国で見られる男尊女卑という考え方が活動を阻む可能性がある。そこで、女性らが家族に気兼ねなく活動継続するためにも、早くから家長や夫から理解と協力を得るべく根回しも忘れてはならない。

2. アウトリーチ活動を実践していく上で留意すべきこと

開発途上国支援に応用可能な保健師活動ということで、3つの地域看護活動をあげた。ここでもう一度整理すると、第一に“活動地域の実態調査”があげられる。その際、結果を医療スタッフだけではなく、当事者である住民らにもフィードバックし、健康行動に活かす契機にしなければならない。次に健

康増進・疾病予防に重きを置いた“家庭訪問や巡回相談、健康教育”の推進。また住民をエンパワーメントしていく“住民組織活動”については、女性の登用が活動の要となることを述べた。

これらの活動を遂行していくには、更にいくつか留意すべき点があることを、筆者らは体験から感じている。それは、現地スタッフらの人材育成を、最重要課題として早期に取り組む必要があるということだ。我々は外国人として開発途上国支援にあたる際、それにはある一定の期間が設けられ、いずれ終りをむかえる。すなわち、活動当初から任期終了後のことも見据え、持続可能システムを構築しなければならない。そのためにも人材育成は欠かせない。そこで、前述した3つの活動について、現地医療スタッフらに、その必要性やノウハウ、期待できる効果など、解説する必要がある。その際、戦後混乱期から日本がどのように復活していったかS村などの事例を紹介することは、現地スタッフらの自己効力感を高めることにつながると思われる。しかしそれだけで、経験のない彼らが行動を起こすことは難しい。我々保健師が模範を示し、実践場面をイメージできるような体験型学習を取入れる工夫も必要だろう。そのような理論と実践を共に繰り返す中で、現地スタッフらの能力向上に寄与していくのである。

このような人材育成を基本とした活動の前提には、次の2つの必須条件がある。その一つは、相手国の行政機構や組織体制を理解し、そこの管理者を地域活動に巻き込み、一メンバーとして機能していただくことである。現地スタッフらに、活動のノウハウをいくら伝授しても、彼らを指揮する病院長や保健支局長、しいては政府高官の理解と協力がなければ、活動は継続しないどころか実行すら危ぶまれる。事業継続に何よりも必要なのは、現地スタッフらが一丸となり同じ目標に向かってやる気を結集させることにある。そのためにも行政や医療機関の管理者が率先して、その事業促進に努め人員確保や人材育成をすすめていかなければならない。S村の成功のかけには、優れた保健師活動もさることながら、村上げての組織的な積極的改新があったからだ。まさに管理者のやる気や行動力がなければ事は実現しなかったのである。つまり今後開発途上国支援を行う保健師には、管理者を巻き込むだけのコミュニケーション能力やマネジメント能力が求められるということだ。

二つ目は、活動中一貫して忘れてはいけない、相手国への尊敬の念や現地スタッフらとの協調・協同の精神である。これにより互いのズレを解消し、共に同じ目標に向かって最善の方法を見出すことが可能になり、日本人保健師帰国後も事業は継続されていくと考える。いくら日本の経験が優れていても、所詮我々は期限付きの部外者である。また、何もかも異なる異国で、日本の経験をそのまま活かすには限界がある。永年培われてきた文化や風習、宗教や価値観など、相手国の尊重抜きに異国での保健師活動はありえない。柳沢もまた「国際看護において…（中略）…健康に及ぼす要因について論ずるとき、個人や地域社会にのみならず、国のシステム、政治や経済の影響、事前環境、民族固有の文化や価値観など広く考慮しなければならない」と述べている⁷⁾。何より保健師は「住民の生活の場」が看護実践の場であることから、それは明確である。

V おわりに

今回、岩手県S村の保健師活動を記述枠組みとし、筆者らの活動から開発途上国支で応用可能な地域看護活動について考えてきた。それにより、戦後の公衆衛生荒廃を克服し、保健医療水準の向上に尽力してきた先輩保健師らの活動が、これからの開発途上国支援にも、十分活用・応用できるものであることがわかった。

近年、保健師の地域看護活動を期待する開発途上国からの要請が増えているという。⁸⁾この声に応えるためにも、我々は更に実践を積み、開発途上国における地域看護活動の体系化を目指していかなければならないと考える。

VI 研究の限界

本研究で取上げた開発途上国および日本の事例は、いずれも一箇所に場所が限られていた。また筆者らの活動期間も限られており、実証するための十分な時間が得られなかった。それらは本論の目的である「開発途上国で応用可能な地域看護活動」を考える上でネックとなり、本研究の限界であった。今後は、戦後日本における保健師史を更に検証し、開発途上国支援に地域看護活動を活用応用していくことで、これらの課題を解消していきたい。

謝辞

現地調査にご協力をいただいたB村の村民並びにモロッコ保健省・内務省関係者、JICA 和田礼子専門家、江島仁子先生、ご指導いただいた喜多悦子学長に感謝申し上げます。本研究は、文部科学省研究費補助金によって行われた。

受付 2009. 8. 3
採用 2009. 9. 17

文献

- 1) 藤田公郎：保健医療分野におけるわが国の開発協力. *Quality Nursing*, 10(5) : 17-20, 2004.
- 2) 独立行政法人国際協力機構：日本の保健医療の経験. 141-165、東京、JICA、2004.
- 3) 前田信雄：岩手県沢内村の医療. 東京、日本評論社、1986.
- 4) 太田祖電他：沢内村奮戦記. 東京、あけび書房、296 p、1996.
- 5) 平成 14 年 2 月モロッコ王国地方村落部妊産婦ケア改善計画基本設計調査報告書.
- 6) 独立行政法人国際協力機構：地域おこしの経験を世界に. 35-43、東京、JICA、2003.
- 7) 国際看護研究会：国際看護学入門. 83-90、東京、医学書院、1999.
- 8) 森口育子：わが国の保健師による国際保健活動の歴史と意義. *保健師雑誌*, 58 (11) : 916-923、2002.
- 9) 菊池武雄：自分たちで生命を守った村. 東京、岩波書店. 210 p、1968.
- 10) 指田志恵子：生命満つる里. 東京、ぎょうせい、1989.
- 11) 深沢力：沢内村とともに. 東京、新風舎. 2004.
- 12) 小早川隆敏：国際保健医療協力入門. 東京、新風社. 株) 国際協力出版会、1998.
- 13) United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Statistics (Core Themes: Literacy) ([URL:http://www.unesco.org/](http://www.unesco.org/))、2005. 8.

**Consideration of community nursing activities that can be applied in developing countries
–Based on the community nursing activities in the Moroccan village –**

Yasue SAKAI,M.HES. ¹⁾

Kazue Matsuo,M.Ed. ²⁾

Objective: To consider the community nursing activities that can be conducted to support developing countries.

Research Methodology: By adopting the Iwate Prefecture's S village case study in the mid 1950s as a descriptive framework, community nursing activities were examined in the B village in the Moroccan village to where the writer went.

Results: In the B village, at the wait listing type medical facility that puts emphasis on medical treatment, it was rare for the medical staff to visit the houses of the residents. Therefore, the realities of the local area were not grasped well and even the little data was not utilized. In addition, although the residents' consideration for mutual assistance was strong, attempts to organize and empower them were not performed.

Conclusion: In reference to the community nursing activities that can be applied to developing countries, activities such as investigating the actual conditions in the local area, conducting various health guidance tasks based on the priorities of health improvement and disease prevention such as home visits, consultation, health education and also resident's organizational activities are promoted. Even for these local staff to take initiatives, efforts were made to improve the staff's ability by repeating experience-based learning through both theory and practice. Also, it is also effective to introduce a case study on how postwar Japan overcame the deteriorated public health.

Even to perform sustainable activities based on human resource training, it is necessary to understand the organizational structure in the other country and also involve the administrators of related organizations. Also, it must not be forgotten to cherish a feeling of respect and cooperative spirit for the local staff of the other country.

Key words: Developing countries, community nurse, community nursing activities and outreach activities.

1) Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

2) Fukuoka Jogakuin Nursing College

