

IV. 第6回国際看護研究会抄録

(1997.6.21 国際協力事業団青年海外協力隊広尾訓練所にて開催)

国際緊急医療協力における赤十字看護婦の役割

日本赤十字社医療センター ソルスティンソンみさえ

赤十字はスイス人アンリ・デュナンが統一戦争において救護活動を行ったことをきっかけに、戦争の傷病者を敵味方の区別なく救護するための団体を組織する必要性から誕生し、HUMANITY・INPARTIARITY・NEUTRALITY・INDEPENDENCE・VOLUNTARY SERVICE・UNITY・UNIVERSALITYの7つの基本原則のもとに活動している。国際赤十字は赤十字国際委員会（ICRC）・国際赤十字社赤新月社連盟（IFRC）・各国赤十字社によって構成されており、紛争犠牲者の救援・災害等の被災者の救援・難民避難民の救援・途上国赤十字社に対する開発協力を行っている。日本赤十字社からも1961年以来、述べ500名以上の救援要員が国際救援活動に従事しており、私は1991年スーダン難民救援活動に、また、1994年のルワンダ難民救援活動に参加した。これらの活動を通しての国際緊急医療協力における看護婦の役割について述べたい。

ICRCのスーダン難民救援活動は、スーダン政府と南部スーダンの自治を求めるスーダン人民解放軍との内戦を背景に1986年に始まった。ICRCはケニアの最北部スーダンとの国境近くのロキチョキオ戦傷外科病院を開設し、南部スーダンでの戦争負傷のうち外科的治療が必要な対象300～500名を収容・治療している。また、ルワンダ難民は古くから続くツチ族・フツ族の対立が激化し、1994年4月フツ族の大統領の乗った専用機が撃墜されたことを発端に勃発した両民族間の内戦・無差別報復によって周辺諸国に大量に発生した。

IFRCはタンザニア・ンガラ地区においてベナコ難民キャンプを運営、約25万人の難民を対象に食糧の配給、健康教育や予防接種、サニテーション、飲料水の供給、診療所・病院の運営を行った。二つの難民救援活動は戦傷外科という限られた対象を扱う活動と、患者への衛生教育も含まれる難民キャンプ内の病院での活動という点で異なっていたが、このような救援活動における外国人スタッフの役割はさまざまな業務を通してローカルスタッフの教育・管理を行うという点では同じである。ローカルスタッフは戦傷外科病院では看護婦としての資格を持っている者は無く、看護助手として外国人看護婦の指示のもとに、患者に対し、観察・創傷のケア・食事や清潔の世話をしている。ルワンダ難民キャンプの病院ではタンザニア人の有資格者の看護婦やメディカルアシスタントが雇われていたが、のんびりとしたローカルスタッフを効率的に意欲的に動かすためにはやはり外国人スタッフの管理が必要であった。

このような緊急医療協力において、現地でローカルスタッフを指導するためには、基本的な看護技術や清潔操作の基本、患者に対する応急処置などの知識・技術、またこの地方特有の熱帯病の知識が必要とされるが、それ以外に戦傷外科やトリアージの知識も必要とされる。戦傷外科における疾患には、GUN SHOT WOUND（銃創）、MINE I

N J U R Y (地雷創) 熱傷、刀・ナイフ・矢などによる外傷があり、治療としては四肢の切断、皮膚移植、創部を開放にしたままドレッシングを根気よく続け縫合に持っていくなど特殊な方法がとられる。安いコストで多くの患者を治療するため創外固定や直達牽引なども頻繁に行われる、トリアージとは患者の治療の優先度を定めることであるが、これは医師あるいは経験豊富な看護婦によって行われ、大量に発生した傷病者を効率よく治療していくために欠かせないものである。患者は3つのカテゴリーに分類され (I—p r i o r i t y f o r s u r g e r y、II—n o s u r g e r y、III—c a n w a i t s u r g e r y)、さらにその中から優先度を決定していく。このような知識・技術は日本国内で仕事をしている限り学習するのには限界があり、緊急救援活動に参加した看護婦がしばしばぶつかる壁である。

緊急救援活動は、文化や習慣、医療水準などが異なった現地での活動というギャップに加え、しばしば紛争に関連した危険を伴う。活動に参加するにあたっては、所属団体の理念、活動の範囲を理解した上で自身の役割を明確にし、緊急事態における指示・連絡体制・役割分担を明らかにしておくことが必要である。危険を伴う状況下ではストレスも強く、そのような状況下で心身のコントロールをどのように図っていくか、その方法を知っておくことも大切である。また多くの患者を限られた物資・マンパワーでケアしていくためには看護や生活に関する技術を創意工夫できることも求められる。緊急援助活動において日本人が活動するにあたっては、前述の戦傷外科に関する知識の他にもコミュニケーション能力、マネージメント・教育機能など課題は多い。今後、看護基礎教育の見直し、卒後教育による人材育成などにより、地球的規模で活躍できる看護婦をさらに育成していくことが求められるであろう。

V. 海外情報

I C N大会参加の顛末

筑波大学社会医学系 森 淑江

国際看護婦協会 (I C N) は1899年に設立され、保険領域では世界最古かつ最大の保健専門職団体である。世界中の112の会員協会で構成され、日本は日本看護協会が加盟しているので、同協会員は自動的にI C N会員となる。大会は4年毎に開かれ、第21回大会が1997年6月15日～20日にカナダのバンクーバーで開催された。大会3か月前までは参加もまして発表するなど思いもよらなかった私がどのような経緯で大会までこぎつけたかお知らせすることで、今後国際学会で発表しようと考えている皆様の参考になれば幸いである。

第16回I C N大会が東京で開催された当時、私はそれがどんな大会なのかよく知らなかったが、在学していた大学の先生方が組織委員だった関係で、その先生方に勧められ、I C N初の学生大会に参加した。そこで世界の看護学生がどのような状況に置かれているのか知り驚いたり (当時のメモをみると「看護学生は「学生か労働者か」というジャマイカの学生の発言が書き留められていた)、いろいろな国の学生看護婦との交流の体験が、現

在国际協力に関わる潜在的なきっかけではなかったかと最近思い返している。とにかく I C N大会には私にとってなつかしい思い出があったが、その後は縁もなく過ごしていた。

さて、私は昨年12月から半年ほど厚生省の委託事業「日常生活行動獲得のためのケア技術の普及に関する研究」の検討委員として看護教員を対象とし講習会用のビデオ3巻と小冊子1巻を作成していた。これらは患者の離床を促進する技術とその技術の力学的根拠を解説するものであった。ここで扱われた技術に海外からの看護研修生が非常に興味を示すことを知っていたので、将来海外で紹介する機会があればいいと漠然と思っていた時に偶然 I N R紙上で I C Nフィルムプログラムがまだ募集中であるというお知らせを見つけ、ビデオ発表ができるのではないかと考えたことが今回の発端だった。

早速看護協会国際部に問い合わせたところ、応募は全て1年前に締め切られていますとのつめたい返事。しかし念の為直接カナダの看護協会にファックスを送るとまだ募集していますとのことだった。そこでビデオ撮影も終わり、あとは編集作業と小冊子作成作業が残されただけという大詰めに来た委員会で提案をし、ぜひ I C Nで日本の看護の紹介をしたいという私の意気込みに負けたほかの委員の同意を強引に得てしまった。しかし発表するからには公用語（英語、仏語、西語）に翻訳して吹き替える作業を1ヶ月半という短い期間に行わなければならない。

幸い私の友人たちが英語への翻訳や吹き込み、ビデオの編集を引き受け、検討委員もビデオに挿入する英語画面の作成、翻訳原稿の検討、ビデオ紹介の日本語原案の作成など担当してくれて、途中吹き込みをお願いしていた方の急病で録音作業の見通しがつかなくなるというハプニングもありながら、あとはビデオの編集という段階に漕ぎつけた。

ところが編集担当の放送局に勤める友人から、募集案内をみると、要求されている4分の3インチテープはUマチックのことだという指摘があった。今時Uマチック？という思いはあったが、そういえばホンデュラスでも使っていたし、きっとまだ古い機器を使用している途上国からの参加者のことを考えてそうしたのかもしれないと私は解釈した（実はこの辺でカナダ看護協会のいい加減さに気付くべきだった）。日本で殆ど製造中止となっているテープの入手に友人を走らせ、何とか編集を終え、確認用に念の為VHSテープも作成してテープや発表原稿など全て揃ったのがカナダへの出発2日前だった。

I C N参加予定の検討委員5名は大会前日の14日午後にホテル到着し、まずは大会本登録と発表用ビデオの内容を伝えてあるので、登録デスクですぐ用事は済むだろうと思っていたが、どのデスクの人に尋ねてもフィルムプログラムがあることさえ知られていない。対応はとても親切で、翌日開く発表用デスクに申し出て欲しいというが（翌日行ってみたらデスクは閉鎖されていた）、よく分からずに答えている様子だし、以前に問い合わせた時には到着し次第ビデオを渡すようにという指示だったので何とか組織委員らしい人を探しだし、事情を話してフィルムプログラム担当者を連れてきてもらい、無事ビデオを手渡した。この時点でカナダ看護協会はビデオの種類を理解していなかったと判明、友人の忠告に従って持参したVHSテープが役に立った。

しかし、ビデオを渡したからといって安心は出来なかった。プログラム委員が内容をチェックして発表して良いかどうか決めるが、大会期間中のいつになるか分からない、毎朝発表されるプログラムで確認することというまことに大雑把な話しだった。一体事前のやり取りは何のためだったのかと思いつつ、翌日からは上映日時を知ることには私達の努力は

費やされた。

翌朝プログラムに載っていないので、前日にビデオを渡した委員に採否はどうなったか尋ねると、自分は答えることはできない、ビデオは後で会場にとりに来るようにとの返事で、まるで不採用のような口振り。ここまで来て発表できないで帰るなんて・・・とショックを受けてホテルの部屋に戻ると、他のメンバーが今度は自分が行ってくる、英語でのけんかなら得意だからと出掛けて行った。暫くして彼女はビデオは採用されたこと、翌日午後の上映かもしれないと言われたと意気揚々と戻ってきた。一安心した私達はブリティッシュコロンビア大学の見学に外出した。

その翌朝、今日は発表かもしれないとプログラムを見に行くと、載っていない。また何人も交代で交渉に出掛けた末、担当者が本当は見せてはいけないんだけどと言いながら、大会3日目の10時過ぎに私達のビデオのタイトルが予定表に掲載されていることを示した。

いよいよ発表の日、事前の手紙にはビデオの紹介をするように指示があったのに、それまでのどの発表ビデオも紹介されている様子がなく、ましてマイクの用意さえない会場で、私は会場係に断って紹介文を読み上げてから上映が開始された。

上映会場は主会場から離れて分かりにくい位置にあったため、少ない観客ではあったが、反応はとても良かった。終了の途端に韓国の看護大学の先生をモデルにその場で実演が始まってしまい、会場係から注意を受けた。彼女らには熱心にビデオをぜひ譲ってもらえないかと懇願されて困った。日本の看護学生も感激の面持ちで昼食を一緒にとり、まだ話し足りずに夜私達の宿泊しているホテルに話しに来た程だった。

という風に無事発表となったが、委員の一人が口演やポスター発表者に発表証明が出されるのだから、ビデオ発表でも交渉してみたらどうかと日本からの別の参加者の言葉を聞きつけ、内心無理だろうと思いつつも大会本部に出掛けてみた。そこでビデオ発表をしたが、証明書を発行してくれるかと尋ねると、本当に発表したかどうか確認もなくあっさりOKの返事。その日の午後証明書を手にすることが出来た。カナダの組織委員会はとても先進国とは思えないような大雑把さと柔軟性を兼ね備えていたのであった。

本当に長い8日間だった。ビデオ発表の実現にこの旅行の殆どのエネルギーを費やし、分科会は近辺の視察？の合間に、英語とスペイン語のセッションいくつかに出た位で、他の国からの参加者も会場にあまりいないため、思った程には交流が図れなかったことは残念だった。

この2か月位のICN参加に関わる仕事を振り返って思うことは、私が開発途上国で培った根気と交渉能力（どんなに言葉が下手であろうと、自分を表現し、売り込んで、あきらめずに結果を勝ち取る）が非情に役に立ったということだった。また日本で学ぶものは何もなかったと言って帰国する研修生も少なからず存在する中、日本は自分たちの看護を自身を持ってもっと世界に向けて積極的に発信する時期なのではないだろうか。

.....
編集後記：7月下旬に第12回日本国際保健医療学会があり、本研究会のワーキンググループの研究成果を4題発表することができました。今後も国際看護のテーマで研究を進めて行きたいと思っております。皆様の参加をお待ちしております。また例会で取り上げたい内容、NEWSLETTERへの投稿などお寄せください。途上国で仕事をした時の意気込みを日本

に戻ってからもお忘れなく。

.....