

日本の看護技術との違いとその根拠

日本政府が開発途上国への看護分野の国際協力を開始して以来、既に半世紀を迎えようとしている。しかし、現地で実際に看護を行う際の日本との違いや、その違いを超えて協力する方法を検討した資料はほぼ見当たらない。そこで筆者は開発途上国と日本の看護技術の違いを調べ、そこから国際協力を行う際の示唆を得るという研究*に共同参加した。前回はメキシコの看護大学で分娩台に設置されたケリーパッドの写真を紹介したが、ところ変われば看護も異なるのか、筆者が分担したメキシコの現地視察では、異なる看護場面を認めた際は、可能な限りその根拠も確認した。

たとえば点滴の針を固定する絆創膏には、患者の氏名、実施した看護師の名前などの情報が大きく書き込まれ、四隅は緩やかなカーブもしくは斜めに切り取られる。これは絆創膏を剥がれにくくするためか、とこちらの解釈を確認すると「大事なのは見た目」だという。また、ベッドメイキングの際、防水シートは横シートによって完全に覆われるが、メキシコでは横シートの上端を防水シートの下に折り込むため、患者の背部は横に分厚い段差と常に接触することになる。これは横シートの端を見せないための工夫だという。つまりメキシコにおいては、見た目の方が重視される看護技術もあるようだ。

日本との看護技術の違いを国際協力に活かす

本研究の報告書では、このような日本と途上国における看護技術の違いに関する総合的な結果を次の通りまとめた。①医療行為などを行うなど、看護師の役割の違いがある、②社会制度の違いに基づき看護師の職務範囲が異なる、③気候の違いにより異なる方法でケアが行われる、④文化の違いに基づき異なるケアが行われる、⑤物品の不足などにより代用手段が取られるために異なるケアが行われる、⑥世界的な基準からみると、不適切と考えられることも行われている。このような日本と異なる点を批判・否定するのではなく、看護は様々な因子の影響を受けてその国独自のものが発展していることを理解し、日本との違いに影響を与える因子や理由を考慮しながら、その国の方法を踏襲して行うべきこと、改善すべきことを見極めて現地での看護にあたるのが重要であろう。

ところで、メキシコにはかつて麻酔看護師がいた。現地での面談によれば、看護師と職域を争う医師の反撃にあって廃止されたそうであるが、事実は定かではない。一方、地方の簡易保健所などでは、簡単な処方や縫合、創の切除などの処置を看護師が行わなければ、医師の不在を補うことができない。看護師の職務拡大については日本でも実現に向けた検討が加速化しているが、日本の業務範囲を超えた看護が求められる途上国への国際協力では、どのようなことが起こってきたのだろう。日本の看護師が現地の一スタッフとして協働する時、日本での経験がない、日本では看護師の職務範囲ではない、ということを経験に緊急の要請に応えずにいられるものだろうか。我が国の国際協力の歴史や経験は豊かに蓄積されつつあるが、国際協力においても、看護師の業務範囲について導かれた知見を整理し、引き継ぐ作業が早急に求められている。

* 森淑江ほか；「日本と開発途上国の看護技術の差異に関する研究」平成 19 年度～平成 21 年度科学研究費補助金（基盤 C）研究成果報告書，平成 22 年 3 月