

平成23年度 ネパール海外研修報告

原田さゆり* 犬飼智子* 富田早苗* Archana Sherestha Joshi**

要旨 2012年3月24日～30日の日程で、ネパールにおいてAMDA Hospital、難民キャンプ等の見学、AMDA 看護学校での講義、教員交流を行った。参加者は教員3名であった。本研修の目的は、ネパールにおける看護教育、病院や地域の現状について理解し、ネパールの文化および環境に即した保健医療施策について考察を深め、今後の当大学看護学科における国際看護教育活動に活かす方策を探るとした。ネパールには環境、医療教育制度、宗教など複雑に絡み合った問題が人々の健康に影響を及ぼしており、課題は多くあることがわかった。しかし、家族の絆や、人々の素朴なあたたかさなど、日本が学ぶべきところも多くあると思われた。今後、国際看護教育活動をすすめていくには、日本などの先進国での医療、看護を、そのまま持ち込むのではなく、現地の環境や文化を考えながら、住民の目線に立ち、限りある資源の中で応用していく力が必要であると感じた。視察した施設、研修内容、また手術看護、母子保健、地域保健の分野において、教員3名のそれぞれの観点から抽出したネパールの現状と健康上の課題について報告し、今後の国際看護教育活動に向けた考察を述べる。

キーワード：ネパール、国際保健看護、看護教育

I. はじめに

岡山県立大学保健福祉学部看護学科における国際化は、英国バンガー大学（平成8年）から始まり、東アジア圏域（平成20年）に拡大され、学術交流を推進している。また、平成22年には国際NGO/AMDAと連携協定を締結し、「国際貢献先進県おかやま」の実現に努めている。看護学科においては、平成24年度から国際化を一つの柱に据えた新カリキュラムがスタートし、看護学科教員の研修や学生への講義等相互の交流が少しずつ進められてきている。また看護学科では、平成24年2月より国際看護教育活動プロジェクト事業に取り組んでいるところである。今回は、このプロジェクトの基礎調査と、限られた資源の中で感染看護や周産期看護、地域保健活動をどのように展開すべきか考察を深めるため、ネパールの病院や施設・看護教育の実態等を視察することを目的として、ネパールにおける海外研修を行った。研修の内容について、以下に報告する。

II. 研修スケジュール

研修のスケジュールは、表1に示す。

表1 研修スケジュール

月日	日 程	泊
3/24 (金)	出国=Kathmandu 空港	Kathmandu
3/25 (土)	Kathmandu 空港=(国内線)= Biratnagar 空港=車で移動 Damak 着 AMDA Hospital 訪問, 日程打ち合わせ	Damak
3/26(日)	AMDA Hospital にて手術見学・施設見学 看護学校にて講義 看護教員との交流	Damak
3/27 (月)	WHO 難民キャンプ見学 ネパール最東部のメチ病院の見学	Damak
3/28 (火)	Biratnagar 空港=(国内線)= Kathmandu 空港 女性自立支援センター見学	Kathmandu
3/29 (水)	Kathmandu 空港発	機内
3/30 (木)	帰国	

*岡山県立大学保健福祉学部看護学科 〒719-1197 岡山県総社市窪木111

**岡山県立大学大学院保健福祉学研究所 〒719-1197 岡山県総社市窪木111

Ⅲ. 研修先の概要

1) ネパールについて

ネパールは、面積14.7万平方キロメートルで、北海道の約1.8倍の面積を有する。インドと中国チベット自治区に接し、ヒマラヤ山脈や盆地地帯、低地地帯と、多様な地勢を有する内陸国である。外交の基本方針は、非同盟中立、近隣諸国との友好関係の維持である。

首都はカトマンズで、リンブー、ライ、タマン、ネワール、グルン、マガル、タカリー等、30以上の民族が住んでいる。言語はネパール語だが、英語も広く使用されている。人口は2,662万人（2011年、人口調査）で、宗教は、ヒンドゥー教（80.6%）、仏教徒（10.7%）、イスラム教（3.6%）他である。

主要産業は、農業、カーペット、既製服、観光が主で、就労人口の約65%が農業に就いている¹⁾。一人当たりのGDPは約642ドル（2010/2011年、財務省）である。識字率59%（2009年、国勢調査）、平均寿命は、男性65歳、女性69歳である（2010）²⁾。



図1 街の交通状況



図2 路地で洗濯している様子

2) 視察した施設について

(1) AMDA Hospital (Damak)

ネパール東部・JHAPA郡Damakにブータン難民を対象とした二次診療施設として開設された。1995年からは国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）から正式委託を受け、「AMDA病院」と改称、1996年にはネパール政府から総合医療施設として承認され、地域住民への医療サービスも開始した。10万人を超えるブータン難民に加えて、人口30万人の地域をカバーしている。

ベッド数は約100床で、内科、外科、婦人科、産科、眼科、歯科、整形外科などの診療科があり、救急患者にも対応している。施設は、一般病棟、母子病棟、外来、手術室、検査室などがある。敷地内には看護学校が併設されている²⁾。

現在のスタッフ数は、医師15名、看護師40名である。看護師は、女性で20～30代が多く、50代の看護師もいる。勤務体制は3交替で、勤務時間は日勤が6時間、準夜勤6時間、夜勤が12時間である。

ネパールには医療保険制度はなく、医療費は全額自己負担となる。そのため、患者の入院期間は非常に短く、数日で退院することが多い。また、病院での給食はなく、家族が食事を持参している。遠方の家族は、病院近くの親戚の家に住むなどし、看病も容易ではない。交通事情は悪く、家族の負担が大きい現状がある。

病室は、大きめのフロアにベッドが並んでいる。1室に約10床あり、ベッドの間隔は1m程度と狭い。カーテンなどの仕切りはなくプライバシーの確保は困難である。ベッドは、高さの調節はできず、ベッド柵がない。80cm程度の高さがあり、硬いマットレスの上に、シーツが敷かれているだけで、寝具はなかった。

季節や時期によって、患者数の変動が大きい。



図3 AMDA Hospital

(2) Mechi Hospital (Mechi)

Mechi Hospital は、ネパールの最東地域に位置し、2008年に設立された。資金難のため、1階部分が完成した後、2階より上は建築がストップしたままの状態であった。

スタッフは、医師3名、看護師3名である。内科、救急、事故などに対応している。妊婦健診は行っているが、出産の場合は、車で1時間の位置にある Damak の AMDA Hospital まで受診に行かなければならない。重症患者や手術患者は対応できないため、カトマンズまで搬送しなければならない。

近隣に病院はないため、基幹病院として住民の期待は大きい。今後、病院設備の充実が求められている。



図4 Mechi Hospital

(3) WHO 難民キャンプ

2001年より、ブータン難民のためのプライマリーヘルスケア施設として、AMDA が一次診療、母子保健、予防接種、栄養プログラムなどの活動を行っている。

検診は無料であり、民間人も使用可能であるが、受診者は少ない。「無料なので良くない」と思って



図5 ブータン難民キャンプのヘルスケア施設：分娩台

受診に来ない人が多いとのことであった。

IV. 視察・研修内容

研修2日目に、AMDA Hospital の看護学校において、看護学生を対象に、教員3名が講義を行った。その後、看護教員との意見交換を行った。

また、研修中、各教員の専門領域である手術室看護、母子保健、地域保健の観点で視察を行った。以下にそれぞれの講義内容と反応、視察した内容について報告する。

1) 講義内容と反応

(1) 術前・術後の看護

看護学校において、「The nursing care for operative patients」と題し、看護学科2年生を対象に講義を行なった。講義の内容は、術前ケアとして、術前患者へのオリエンテーション、術前の呼吸訓練等、術後ケアとして術後の疼痛コントロールや体位ドレナージ等について行った。今回の講義内容は、以前本大学に来校され、学生に講義をいただいた Dr.Pokharel から呼吸器疾患の患者が多いと伺っていたため、選択した。実際に呼吸訓練の患者指導として、学生と一緒に腹式呼吸のデモンストレーションを行なった。

学生は、熱心に聴講してくれた。学生からの意見として、「呼吸訓練は知識として知っていたが、患者へは行っていない」とのことであった。授業は、講義が中心で、演習はほとんど行われず、実践は病棟実習で経験するとのことであった。

入院機関の短いネパールの特性を考えると、術前からの呼吸訓練を含めた患者への指導は、今後重要になると思われる。

(2) 母子保健

「Education to mothers by midwives」、 「Education of Midwifery to students at Okayama Prefectural University」をテーマに看護学校3年生に対して授業を行った。内容は、WHOの提唱する母乳育児を推進するための10カ条について、母子保健をめぐる世界の現状、母子保健に関連した各期（妊娠前、妊娠期、分娩期、新生児期、育児期）で大事なケア、日本の助産師教育システム、岡山県立大学における助産師教育について、であった。ネパールでは、助産師の資格は看護師免許の中含ま

れており、助産ケアは多くは准看護師が担うというシステムがある。日本の助産師教育システムについて、ネパールとの教育システムの違いに、学生の多くが驚いていた。ネパールにおける助産師のカリキュラム、教科書を見ると、欧米を参考にしたと思われる内容が多くあり、質的にも高い教育内容であると思われた。しかし、高い妊産婦死亡率に対する対策や、分娩室や産後を過ごす病室の環境の清潔や安全安楽といった看護教育が課題であると感じた。

(3) 地域保健

「Supporting child-care in local communities」をテーマに看護学校1年生に対して授業を行った。内容は、日本の母子保健対策について、保健師は地域の課題を見出し、地区組織との協働の元、乳児死亡率や妊産婦死亡率の減少に寄与してきたことを紹介した。現在の日本の母子保健の課題は、少子化・核家族化による育児不安を持つ母親の増加や児童虐待である。ネパールの学生に聞くと、ネパールでは、大家族で兄弟や親戚、父親等皆が子育てに関与しているため、母親一人が育児をしている訳ではないようだった。また、労働時間は通常10時から17時までであり、父親も子育ての時間がある。

保健師が地域の健康課題を見出す際に使用するコミュニティ・アズ・パートナーモデルに沿って、ネパールの地区診断の実際を一部紹介した。ネパールでは、交通事情が特に悪く、排気ガス等により呼吸器疾患が多いこと、日本では、子どもを連れて移動する際はベビーカーを多用しているが、ネパールでは、交通事情の不安からか（ベビーカーも一度も見かけなかった）母親が常に子どもを抱っこして歩いている姿が見られ、腰痛等の筋骨格系の疾患が多いのではないかと投げかけると大きく頷いていた。これら、疾病予防の観点も今後のネパールの看護において必要であり、その役割を看護師が地域の住民とともにしていく必要性を感じた。

2) 看護学校教員との意見交換

講義後に、看護学科教員との意見交換を行った。本学から、演習時のシミュレータに関する資料を持参した。

教員からは、教材が不足しているため、教科書が主体の講義がほとんどであり、具体的な教授が難しいとの意見があった。また、精神疾患の症状が実際

の症状と結びつきにくいとのことであった。

また、シミュレータに関しては、静脈注射モデルを使用したいと希望があった。現在は、講義を行い、その後実習において教員指導のもとに実践されていた。患者の反応を問うと、非常に協力的で問題はないそうである。

英語の教科書を使用しているため、日本の資料をそのまま使用することは困難であるが、シミュレータは導入が可能であろう。

3) ネパールにおける看護

(1) 手術看護の視点から

AMDA Hospitalにおける手術件数は、年間4000件行われている。2006年は約3000件と報告されており、徐々に件数が増加している³⁾。そのうち半数は、帝王切開が占めている。

手術室は3室あり、広めの手術室が1室、小手術用が2室あった。入室時は、靴は履き替え制で、手術スタッフは布製の緑色のキャップ、手術着、マスクとゴムサンダルを着用している。空調はなく、ドアによる仕切りである。訪問時には、3月でエアコンは使用されておらず、扇風機で調節されていた。手術台のマットは固く、患者への掛物ははされておらず、あまり体温管理をされていない印象であった。



図6 手術の様子

手術時は、布製のガウン、マスクを着用し手術を行っていた。血液等の暴露を防ぐため、ゴム製のエプロン、長靴を着用してから、布製の滅菌ガウンを着用していた。入室はゴムサンダルであったが、手術時には長靴に履き替え、血液暴露や刃物等の落下に対する予防対策が取られていた。ゴーグルは使用していなかった。手術室では、マスク、キャップ

を着用しているため、眼の血液暴露の可能性が高い⁴⁾。ゴーグルは比較的安価なため着用を勧めたい。

滅菌方法は、オートクレーブが使用されていた。高圧蒸気滅菌に対応した物品に限られるため、手術器械は、鋼製小物が主であった。ディスプレイ製品やプラスチック製品は使用されていない。日本では、ガウンや手術シーツはディスプレイ製品が感染予防のため主流となっているが、コストがかかる、交通の便が悪く運搬が困難、ゴミ処理などの問題があり、導入は難しいと思われた。



図7 オートクレーブ

手術室内の機材は、麻酔器、モニター、手術ベッド、无影灯、吸引器、バイポーラーなどがあつた。中央配管はなく、大きな酸素ボンベが使用されていた。手術に必要なある程度の機材が備わっていた。このような病院環境は、他の施設においても同様の報告がされている⁵⁾。

看護師は、手術室専属で、役割は直接介助、間接介助、手術器材の洗浄、滅菌を行っていた。手術室で勤務する職種は、医師と看護師のみであった。新人看護師に対しては、先輩看護師が指導にあたり、2名で直接介助を行うなどトレーニングを行っていたとのことであった。

また、手術室でのインシデントについて手術室看護師に尋ねると、「針刺し事故が発生するためダブルグローブをすることになった。手指に傷がある場合は直接介助をしない。」との返答があつた。手術室では、針刺し事故のリスクが高い⁶⁾。安全性確保のため、十分な対策を取る必要がある。

短時間の手術室見学であつたため、看護業務の詳細について把握することは困難であつた。ネパールの短期間入院患者にとっては手術や術後の生活に対

する不安が大きいと予測される。今後、術前の情報収集、術前訪問など手術室看護師が主体的に患者の管理や精神的援助を行うことが必要となると考えられる。また、手術室看護としての感染予防、リスクマネジメントが必要となるであろう。限られた環境のなかで、看護の質を上げるためには、手術看護として看護師への専門的教育が重要である。

(2) 母子保健の視点から

AMDA Hospitalでは、出産数が1カ月に約400件あり、400件中、100件～200件が帝王切開術であつた。帝王切開の適応理由として一番多いのは羊水混濁で、分娩監視装置はなかつた。出産による入院は、日本では病院施設の場合、短くても4日間程度は入院することが多いが、ネパールでは経膈分娩後、数時間～翌日退院で、多くは当日に退院する。帝王切開後は約2、3日後に退院となる。

最初にAMDA Hospitalで見学したのは、帝王切開の手術であつた。ちょうど帝王切開の手術をしている、ということで入室の許可を医師と患者さんにいただいた。私たちが到着したときには、すでに児の娩出は終了しており、児は廊下で家族に抱っこされていた。母親は子宮筋腫を合併していたため、児の娩出後に引き続き筋腫核出術を行っているところであつた。産科医師と手術室看護師が二人で手術にあたっており、その他に一人の間接介助の看護師があつた。新生児は、家族が持参した布をしっかりと巻きつけられて、大事そうに抱っこされていた。ネパールでは、研修当時、3月でも気温26度～30度の猛暑であつたが、街でみかける乳児はフリース生地のような保温効果の高い布に巻かれて、抱かれているのをよく見かけた。子どもは常にあたたかくしておかなければならない、という指導が徹底されているようであつた。過剰な保温効果や、皮膚疾患を懸念したが、やはり乳児には皮膚疾患が多いとのことであつた。

母子が入院する病棟エリアには、帝王切開後翌日の母子が入院していた。新生児と同じベッドで過ごす、ベッドの位置が高く、転落防止の柵もないため、新生児と母親自身も転落の危険性が高いことが考えられた。母親は、家族に囲まれて食事をするところであつた。病院では食事の提供がないので、家族が持ってくるのが一般的である。

写真のご飯は、お姑さんが作り、毎日リキシャ



図8 患者のために家族が持参した食事

(自転車後方に1人～2人用の座席がついた乗り物)に乗って、病院まで運んでいるということだった。内容は香辛料を油で炒ってお湯で煎じたスープと、おかゆで、スープは母乳の出をよくする効果があるといわれているもので、産後の褥婦が飲むものであった。松岡ら⁷⁾は、ネパールを含むアジア8カ国の調査を行っている。それによると、ネパールの帝王切開率は、全分娩の60%を占め、日本の約17%と比べると高率である。帝王切開のほうが利益が高いという病院側の経営上の問題ということも要因として考えられるが、近年、ネパールでは、多産から生涯2人程度となっていることや、分娩中の母子の身体的データ等客観的情報が得られにくいことも一因として考えられた。

WHO ブータン難民キャンプ内のヘルスケア施設においては、帝王切開ができる設備はなく、必要であれば、車で2時間ほどかかる AMDA Hospital まで搬送することになる。ヘルスケア施設では、妊婦には食料券が配布され、分娩費用は無料であり、他の科と比較すると受診率が高いということであった。

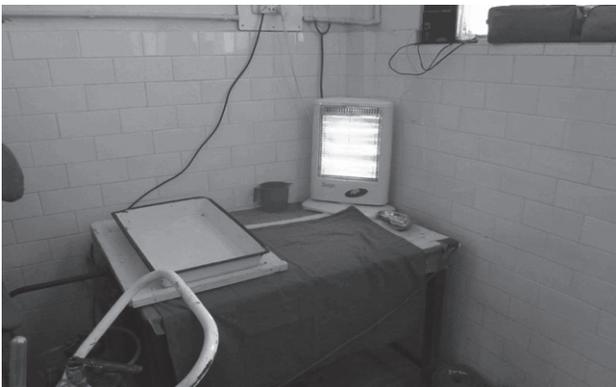


図9 インファントウォーマーの代用：電熱器とホーロートレイ

ネパールにおける出産場所は、大野⁸⁾によると、都市部では自宅51.5%、医療施設47.8%、その他0.7%、農村部では自宅85.1%、医療施設13.5%、その他1.4%であり、分娩を担当する者は、医療施設で出産する場合は、医師57.4%、助産師・看護師41.0%、ヘルスアシスタント1.6%、自宅で出産する場合は、親戚60.3%、TBA (Traditional Birth Assistant) 22.8%、なし7.9%、ヘルスアシスタント4.66%、女性ボランティア2.7%、助産師・看護師1.3%、医師0.3%の順であると報告している。

視察した医療施設やヘルスケア施設の分娩室や妊婦健診の環境は、設備や清潔等が充実している状態ではなかったが、そこにある物で代用している工夫が見られた。高い医療器具もあったが、故障したままの状態では修理ができず、放置されているものも見受けられた。硬く冷たい分娩台や、仕切りがない分娩室など、母子にやさしい環境やケアの不足があった。

今回の研修において、ネパールにおける母子保健をめぐる課題は、まず医療施設で出産する妊産褥婦に対して、安全で、より安楽にサービスの提供ができるよう、看護師・助産師の知識・技術を高めること、次に、自宅で出産する妊産褥婦をサポートする無資格の伝統的産婆(TBA)や地域のヘルスケアを担当する一般の人の知識と技術の向上を目指すこと、そして、女性の立場が向上すること、であると感じた。また、物品等を提供するような支援をしても継続して使用できるものでなければならぬと感じた。そこにあるもので代用でき、継続可能な使用方法やケアを一緒に考えていくことが支援の形として重要であると感じた。

(3) 地域保健の視点から

地域で活動する看護職は、特定の地域生活環境を共有する人々に顕在している健康問題を把握するとともに、潜在している健康問題を予測し、対応していくことが求められている⁹⁾。そのためには、まず担当する地区の地区診断を行うことが必要である。今回の短期間の研修から、ネパールの健康課題について気づいたことを述べる。

自然・物理的環境について、「はじめに」で述べたように、ネパールは山岳地帯、盆地地帯、低地帯の3地帯が南北に連なっている。内陸であるため、物資の輸送は飛行機か車等の乗り物となる。鉄

道はない。飛行機は天候に左右されやすく、私たちが Kathmandu 空港から Biratnagar 空港まで移動した日は両都市の天気が良く風がなかったため、約1時間のフライトであった。しかし、通常は半日あるいは一日かけての移動になることが多いとのことだった。さらに、Biratnagar から Damak まで車で約2時間かけて移動した。舗装されている街の幹線道路は、牛や人力タクシー（リキシャ）、人、バス、自動車、トラック等が所狭しと往来しており、交通事故を起こさない方が不思議なぐらいのカーチェイスを経験した。排気ガスは想像以上で、乾季で砂埃が舞い、呼吸器疾患が多いことを予想させた。先行研究においても、市内には土埃がいつも舞い上がり、市民の多くは呼吸器系等の健康被害を起こしている人が多いと指摘している¹⁰⁾。



図 10 排気ガスの様子

交通事情について述べたが、これらは比較的ネパールの中でも交通網の発達した場所と考えられる。表2に示すとおり、urban areas に暮らす人口は19%で、日本の67%と比較すると非常に少ない。最も近くの診療所にかかるのに5時間もかかる村も



図 11 子どもはノーヘルメット

あるとのことである¹¹⁾。こうした自然環境と輸送に関する影響が、人々の暮らしを大きく左右し、医療機関の受診を困難にする要因と考えられた。カーチェイスの経験から交通事故死が多いことを予想したが、WHOの資料では確認することができなかった。

図12に示すごとく、「Injuries：事故」と大きな項目でみると、日本の方がむしろ割合は多かった。この写真のようにスピードが出せない路が多いため、子どもはノーヘルメットでも死亡までには至らないのかもしれない。また、交通網が発達している所が少ないため、ネパールの国全体では割合が少なく、都市部では多いことも予想される。いずれにしても今回の研修では詳細な点はわからなかった。

地区踏査および看護学生の授業の中で、母親の筋骨格系疾患については課題を感じたが、統計をみると、それ以外の解決すべき優先課題（妊産婦死亡率、子どもの感染症等）が多いことが理解できた（表2、図13）。

私たちが研修した病院、難民キャンプ、看護学校では、物資の不足があっても様々な工夫で医療・看護が行われており、ネパールの想像力の素晴らしさを感じた。教員の話を中心に聴く学生の姿勢、印刷された物は少なくともパソコンの画面から情報を熱心に書き込む学生、住民サービスでは、識字率が低いことから、絵を用いた健康教育パネルで対応する等である。子どもの予防接種についてみると、DPT3 (1-year-olds) の接種率はRural 88%、Urban 93%と高く、ネパール全体にこのような健康教育が徹底されているようであった¹²⁾。

今後の課題として、rural areas の母子保健対策が求められていると考える。妊婦健診を政府が推奨しているとおおり4回/年受けられる対策¹³⁾、アクセスの不便さを補うため通える場所にヘルスポストを設置する必要があること¹⁴⁾、安全な出産ができるよう専門家の養成も必要不可欠である¹²⁻¹³⁾。

2007年、ネパール暫定憲法に「女性の権利」の項目が設けられてはいるものの、低カースト層の性役割は固定しており、女性は家事を担い、頻繁に外出することがままならない環境¹⁵⁾では、男性を含めた教育が欠かせない。男女がともにネパールの母子保健の健康課題と対策を考えていくためには、小学校の保健教育の充実や、商工会組織など地区組織活動との協働も重要な鍵となろう。

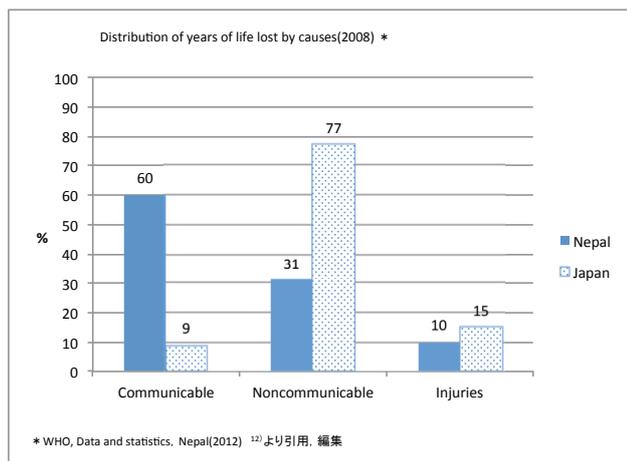


図 12 Distribution of years of life lost by causes (2008)

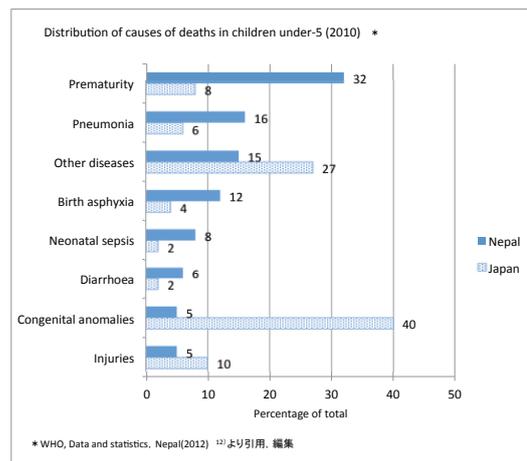


図 13 Distribution of causes of deaths in children under-5 (2010)

表2 Health profile-Selected indicators (WHO,2012) ※

	Nepal	Japan	Global average	
General				
Total Population (Thousands)	29,959	126,536	...	
Population living in urban areas (%)	19	67	50	
Gross national income per capita(PPP int.\$)	1,210	34,610	10,869	
Mortality and burden of disease				
Life expectancy at birth * (years)	Male	65	80	66
	Female	69	86	71
	Both sexes	67	83	68
Under-five mortality rate (per 1000 live births)	Both sexes	50	3	57
Adult mortality rate* (probability of dying between 15 and 60 years per 1000 population)	Both sexes	196	64	176
Maternal mortality ratio (per 100000 live births)		170	5	210
Prevalence of HIV** (per 1000 adults aged 15 to 49)		4	1	8
Prevalence of tuberculosis (per 100000 population)		238	27	178

*Date refers to 2009

**Date refers to 2009.Country data is estimated at less than 1.

Last update:May 2012.

※WHO, Data and statistics, Nepal(2012) ¹²⁾より引用, 編集

V. ネパールの健康に関する課題と国際看護教育活動プロジェクトにおける活動の可能性

ネパールでは、医療費は全額自己負担であるため、病院は必要最低限しか利用しない。高齢者はほとんど受診しておらず、子どもの感染症や外傷、周産期医療、成人の交通事故等による受診が多い。ま

た、精神疾患に関する知識不足があり、医療・看護、地域での生活でも課題が多いとのことであった。日本の看護の日常生活の援助、患者の尊厳を大切にした看護について、ネパールで看護教育に携わる教員や看護師が、病院や授業を視察することは意義があると考えられる。

VI. おわりに

ネパールの病院施設、看護学校などを視察させていただく機会を得て、そこから看護の原点に立ち帰れたような気がする。ネパールには環境、医療教育制度、宗教など複雑に絡み合った問題が人々の健康に影響を及ぼしており、課題は多く見受けられた。しかし、家族の絆や、人々の素朴なあたたかさなど、日本が学ぶべきところも多くあると思われる。日本などの先進国での医療、看護を、そのまま持ち込むのではなく、現地の環境や文化を考えながら、住民の目線に立って、限りある資源の中で応用していく力が、国際看護教育活動には重要であると感じた。調査結果を基に、今後の本学の国際看護教育活動に活かすとともに、将来的に看護学科の教育プログラムを紹介する等、国際貢献活動と教育の交流に活かしていきたいと考える。

付記

本研修は、平成23年度国内外留学・国外出張助成を受けて視察・研修を行った。

文献

- 1) 外務省 HP: アジア各国地域情勢 (2012)
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/nepal/index.html>
- 2) AMDA プロジェクト、ネパール、<http://amda.or.jp/>
- 3) 同上 2).
- 4) 玉澤佳純 (2011). 眼への血液・体液曝露の原因と対策. 日本環境感染学会誌、26 (4)、222-227.
- 5) 河村久美子 (2011). ネパールに学ぶ“人間の原点”—国際医療協力派遣を通して—、Heart Nursing、24 (8).
- 6) 久田友治 (2010). 手術部看護師の針刺しリスクの評価 部署間および施設間での比較. 日本手術医学会誌、31 (3).
- 7) 松岡悦子 (2009). 変わるアジアの妊娠・出産. ペリネイタルケア. 28 (9). 57-61.
- 8) 大野弘恵 (2008). ネパールにおける分娩環境の現状. 愛知県立大学看護学部紀要. 7. 39-45.
- 9) 大井美紀 (2008). 地区活動論. (津村智恵子編. 三訂地域看護学、pp. 62-73. 中法法規)
- 10) 西村正子、安部由紀、立林春彦、他 (2011).

ネパール・カトマンズ市近郊に居住する妊婦の生活行動 日本人妊婦との比較. 米子医学雑誌、62 (6) : 189-195.

- 11) 當山紀子 (2010). 国際保健・看護の基礎知 国際保健・看護を知るための主なデータ指標. Nurse eye、23 (3). 85-96.
- 12) WHO, Data and statistics, Nepal (2012)
http://www.who.int/gho/countries/npl/country_profiles/en/index.html
- 13) 米山知得子 (2007). ネパール王国バング郡における母子保健に関する報告 青年海外協力隊活動を通して. 武蔵野大学看護学部紀要、59-69.
- 14) 福嶋由香里、宮蘭夏美 (2008). ネパールの医療事情と看護実践上の課題 青年海外協力隊活動体験を通して考える. 鹿児島大学医学部保健学科紀要、18 : 45-52.
- 15) 難波峰子、二宮一枝、坂野純子 (2011). ネパールにおける女性の自立支援. インターナショナル Nursing Care Research、10 (4). 137-146.

A Report on a Study Tour to Nepal in 2012

SAYURI HARADA*, INUKAI TOMOKO*, SANAE TOMITA*,
Archana Sherestha Joshi**

**Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja-shi, Okayama, 719-1197, Japan.*

***Department of Nursing, Graduate school of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja-shi, Okayama, 719-1197, Japan.*

Keywords : Nepal, international health nursing, nursing education