

国際看護師協会

質の高いケアの提供、地域への貢献：  
プライマリ・ヘルスケアを導く看護師たち



国際看護師の日  
2008年5月12日

本出版物は、他の言語への翻訳権も含め、すべて著作権を有しています。国際看護師協会（ICN）からの文書による許諾を得ることなく、本文の一部または全部を何らかの方法で複製することや検索システムに登録すること、販売することなど、一切の伝播を禁じます。短い引用（300語未満）に関しての許可は不要ですが、その場合は出典を明記してください。

All rights, including translation into other languages, reserved.  
No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or sold without the express written permission of the International Council of Nurses. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

---

Copyright ? 2008 by ICN- International Council of Nurses,  
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Geneva (Switzerland)  
ISBN: 978-92-95065-32-1

*この文書は、国際看護師協会の許可のもと、日本看護協会が日本語訳を行いました。許可のない商業目的での使用は禁止します。付録に記載されているICN加盟団体数は原文に基づくものであり、最新の加盟国数130（2008年4月現在ICNホームページより）とは異なります。*

## 目次

第1章	プライマリ・ヘルスケアとは？そしてその現状とは？	4
第2章	看護師がプライマリ・ヘルスケアを行う現場にて	9
第3章	看護師の役割の確立と支援、持続	15
第4章	将来を見据えて	24
付録		26
付録1	ミレニアム開発目標	27
付録2	プライマリ・ヘルスケアに関する ICN の所信表明	29
付録3	参考文献	31

## 第1章 プライマリ・ヘルスケアとは？ そしてその現状とは？

プライマリ・ヘルスケア（PHC）は、個人や家族、地域社会のために存在する国の保健医療システムの第一段階であり、人々の日常生活に最も近いところで提供される保健医療である。

今年、世界保健機関（WHO）は、人類のために創立されてから60年が経ち、国際看護師協会（ICN）との協力関係も60年を迎える。また、「国内同様、国家間で、特に先進国と発展途上国の間で見られる人々の健康状態の不均衡」<sup>(1)</sup>に焦点をあて、PHCを通して、保健医療サービスへの普遍的なアクセスを世界中で可能にするという目標を明確にしたアルマアタ宣言がWHOと加盟国により、正式に記されてから30年となる。この問題に取り組むにあたり、WHOは1977年に設定した戦略「2000年までにすべての人に健康を」の目標を達成する重要な手がかりとしてPHCを強調してきた。15年後、各国政府がこれをリガで再確認した。2008年、PHCは再び世界的な健康問題の優先事項となっている。ICNは看護のリーダーシップを称賛しつつ、世界の人々が普遍的なアクセスや、より健康になることを実現するための戦略となりうるPHCに関して、看護はより深く関与すべきだと提唱している。

### 私たちは何を学んできたか？

1978年にPHCが採用された際、PHCは、健康を増進させ、保健医療システムが直面する巨大な課題に取り組むための最適な手段だと考えられた。将来の計画を立てるにあたり、これまでの成功と失敗を振り返り、評価することが有効である。この数十年間、世界の健康には進歩が見られたが、誰もが健康の増進を享受しているわけではない。病気による負担やケアへのアクセスについて、先進国と途上国を問わず、国家間および国内における不平等が拡大してきている。

しかしながら、大きく向上した保健医療のアウトカムもある。麻疹やポリオなど多くの

---

(1) WHO/UNICEF (1978年)、「アルマアタ宣言」、プライマリ・ヘルスケアに関する国際会議、旧ソ連、アルマアタ、1978年9月6日～12日。WHO/UNICEF、ジュネーブ。

疾病はよりよく管理できるようになり、天然痘のような疾病は根絶した。大半の国で予防接種率が増加し、発展途上国の中でも接種率が 80%以上に及ぶ国がある。世界中で、乳幼児や子どもの死亡率は大幅に減少し、平均余命は大きく伸びている。1960年から1995年の間に、低所得国の平均余命は 22 年伸び、先進国でも 8 年延長した。PHC は、経済発展と技術進歩、そして特定の疾病に対する資金投入とあいまって、こうした健康の増進に大きく貢献した。だがその後、エイズの蔓延により、こうした平均余命の延長も、サハラ以南のアフリカにおいては悲劇的なまでに後退した。

さらに 30 年後、病院を基盤とした、保健医療サービスへの治療的アプローチでは、人々の健康ニーズを満たせないことが明らかになってきた。病院中心から地域中心のヘルスサービスへのパラダイムシフトは進行してきているが、依然として厳しい課題が残されている。

### ミレニアム開発目標

1990 年代には、プライマリ・ヘルスケア（PHC）に対する国際的な支援が揺らいだように見えたが、2000 年にミレニアム開発目標（MDGs）が世界的に合意されると、PHC は急に再注目されることになった。MDGs は、貧困や飢餓、疾病、非識字、環境劣化、女性に対する差別などと闘うための達成期限（2015 年まで）を定めた数値目標およびターゲットからなる。

「プライマリ・ヘルスケアの価値、原則、方法に立ち返らない限り、ミレニアム開発目標に到達することはできない。何十年にも及ぶ経験から、プライマリ・ヘルスケアが普遍的なアクセスへの最善の手段であり、保健医療のアウトカムについて持続可能な改善を保証する最善の方法であり、ケアへのアクセスが公平に行われることに対する最高の保証であることは確かだ」  
マーガレット・チャン、世界保健機関事務局長、2007 年

現在、我々は MDG の目標達成の途上にあるが、順調に前進しているとは言えない。直面している課題に対処するためには、世界と各国による PHC への新たな参加が不可欠である。

### 世界の保健医療が抱える更なる課題

今日、貧困やグローバル化、気候変動、政情不安など多くの要因は、健康に影響を与え、サービスの計画と提供の面で課題を生じさせている。看護師が PHC を提供する環境には次のような課題が存在する。

- ・ヘルスケア費用の上昇
- ・利用者の期待と要求の増加
- ・人口の変化と高齢化
- ・看護師および他の医療従事者の不足
- ・看護の潜在力を十分に活用するための法律および／または政治的意思
- ・サービスを不安定にし、資源を制約する社会的紛争と社会的混乱
- ・天災および人災
- ・風土病と世界的流行病、および新興疾病と再興疾病
- ・慢性疾患の急増
- ・地域に根ざしたケアへの移行

これらの世界的な健康問題の多くは新たに生じたものではない。過去の政策と実践が蓄積された結果である。効果的な PHC と他のサービスをよりよく整備し、提供するためには、これらの要因が医療の提供とその結果全体に及ぼす影響について理解する必要がある。

「国際的な検証結果として、PHC 志向の乏しい保健医療システムに比べ、強固な PHC 志向に根ざした保健医療システムは、より効果的で、より優れた公平な健康アウトカムをもたらし、より少ない費用で利用者の満足度がより高いことが示されている」<sup>(2)</sup>

## 今日のプライマリ・ヘルスケアの定義

プライマリ・ヘルスケア (PHC) とは、実践的かつ科学的な根拠があり、社会的に受け入れられる手段と技術に基づいた必要不可欠なヘルスケアであり、地域の個人と家族の全面的な参加により、地域社会と国が提供できる範囲の費用で、普遍的に利用できるものである。PHC は各国の保健医療システムにおける不可欠な部分を担っている。

([www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata\\_declaration.htm](http://www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_declaration.htm))。

広い意味で、PHC には、所得や住宅、教育、環境など、健康の一端を担うあらゆるサービスが含まれる。また、PHC には、プライマリケア、すなわち疾病やけがの診断や治療も含まれる。

---

(2) 汎米保険機構 (2007 年)。アメリカにおけるプライマリ・ヘルスケアの再生—汎米保健機構／世界保健機関 (PAHO/WHO) の政策方針書。PAHO, ワシントン DC。

健康増進および疾病やけがの予防という重要な要素も含まれる。PHC が持つ最大の強みの一つは、ニーズの明確化とサービスの提供、およびこうしたサービスをできる限り人々に近いところに届けることに、一般市民が関与する点である。

## 中核となる原則

ここでは、プライマリ・ヘルスケアに関する 4 原則について考える。第 2 章で原則についてより詳細に検討し、これらの原則の活用により看護師が主導する例を紹介する。

### 1. 公平かつ普遍的に利用できる保健医療サービス

経済的または地理的な障害に阻まれることなく、誰しものが必要不可欠な保健医療サービスを適切に利用できなければならない。

### 2. 健康に関する課題の明確化と実行への地域社会の参加

一般市民は自らのヘルスケアに関する計画と意思決定に関与するよう奨励され、また、参加する社会的な力を与えられなければならない。

### 3. 多分野にまたがる健康へのアプローチ

保健医療分野も含めた様々な分野の専門家が、地域の健康増進に努めるために、地域社会の人々と相互依存の関係を持ちながら協働する。

### 4. 適切な技術

ケアの技術と方法は、健康上のニーズに基づき、地域の社会的、経済的および文化的な発展に適合させなければならない。

## 健康アウトカムを改善するための PHC の強化

1978 年以来、PHC は世界的に理解されてきた。各国および各地域は、PHC の実践と強化に関する教訓を学び、原則と要素をそれぞれの環境に適合させようと努力をしてきた。図 1<sup>(3)</sup> の PAHO による概念枠組みは、ある一つの地域が行った方法を示す好例である。

---

(3) 汎米保健機構 (2007 年)。アメリカにおけるプライマリ・ヘルスケアの再生——汎米保健機構/世界保健機関 (PAHO/WHO) の政策方針書。PAHO、ワシントン DC。

## PHC 中心の保健医療における中核的な価値・原則・要素

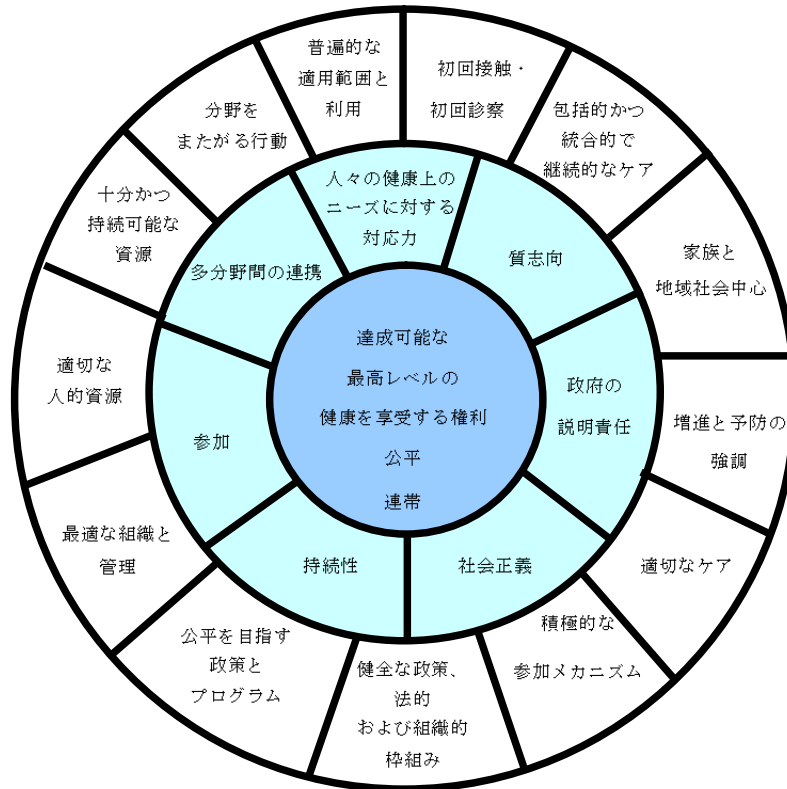


図1 PHC 中心の保健医療システムの価値・原則・要素（案）（PAHOの許可により転載）

PHC 中心の保健医療システムを発展させる戦略、または強化する戦略には、保健医療専門職や一般市民、政府、市民社会、多国間機関および二国間機関などの協力が必要である。主導的役割を担うことができる看護師は、すでに学んだ教訓をもとに、今後も主導的役割を担うべきである。

以降の各章では、看護師が PHC を主導し、地域社会で働く方法、また看護師が中心的役割として働くために必要とされることについて概説する。



## 第2章

### 看護師がプライマリ・ヘルスケア を行う現場にて

看護の実践は、プライマリ・ヘルスケアのまさに本質である。看護師の教育や経験、働く場が、そうさせるのである。看護師は病院や研究センターと同様、家や学校、職場、刑務所、ヘルスクリニックとウェルネスクリニック、その他の地域内の場所など、人がいる所、どこでも看護サービスを提供する。事実上すべての国において、看護師はヘルスケアを提供する最大の集団である。また、看護師は他のスタッフの研修と監督、および PHC サービスの計画や組織、監視、評価に欠かせない存在でもある。<sup>(4)</sup> だが、このことは、看護師がプライマリ・ヘルスケアの中核原則、すなわち 1) 公平かつ普遍的に利用できるヘルスケア、2) 地域社会の参加、3) 多分野にまたがる連携、4) 適切な技術の 4 つを実践している「現場」ではいったいどのようになっているのだろうか。

#### ICNによる看護の定義

看護とはあらゆる場ですべての年代の個人および家族、集団、地域社会を対象に、どのような健康状態であっても、独自にまたは他と協働して行われるケアの総体である。看護には、健康増進、疾病予防、病気や障害を有する人々あるいは死を迎える人々へのケアが含まれる。アドボカシー、安全環境の促進、研究、教育、健康政策策定への参画、患者・保健医療システムの運用の関与も、看護が果たすべき重要な役割である。

#### 公平かつ普遍的に利用できるヘルスケア

保健医療サービスは、支払い能力に関係なく、全ての人に公平に分け与えられなければならない。全ての人（裕福でも貧しくても、都市部でも地方でも）保健医療サービスを利用できなければならない。

(4) ICN (1988年)。看護およびプライマリ・ヘルスケア——一つの力。ICN、ジュネーブ。

**南アフリカー** 看護師は、1日に200人から300人が訪れる黒人居住区にある診療所で、管理者および実践者として働いている。また、准看護師やヘルスポモーターなどのスタッフの管理をしている。看護師は病歴の聴取とフィジカル・アセスメントを行い、医師が不在の場合には薬の処方も含む包括ケアを提供している。看護師は決められた日に特別仕様のバンで移動し、人々のヘルスケアを行う。また、他の日には診療所と関係のある黒人居住区の委員会と会合を行っている。

**韓国** 韓国の農村部では、地域保健に携わるナース・プラクティショナーが村の保健センターを運営し、保健教育やカウンセリング、疾病の管理、予防接種、学校保健、高齢者の在宅ケアなどに従事している。看護師は地域の情報を利用し、家族と個人の問題に取り組む。住民は緊急の問題があれば時間外でも電話をかけることができ、看護師がこれに応じている。

**スペイン** 看護師は自分の受け持ち地域の1,500人に対して家族看護ケアを行うが、その対象の多くは高齢者である。看護師は1日の大半を診療所で働き、健康な乳児のチェックや慢性疾患患者の評価、予約患者への対応などを行う。1日の終わりには、診療所に来ることのできない慢性疾患患者や末期患者、高齢者の自宅を訪問する。

**WHO ヨーロッパ地域** ヨーロッパ地域では、地域社会に根ざし、家族全体をケアする家族保健看護師（FHN）の活用を進めている。知識・経験が豊富な家族保健看護師は、多くの専門職が集まる保健医療チームの一員と見なされ、PHCサービス強化の中核を成している。<sup>(5)</sup>

WHO ヨーロッパ地域の中には、家族に焦点を当てた、看護師による地域社会プログラムを設けている国もある。例えば、看護ケアセンターやポリオクリニック、十代のリプロダクティブヘルスに関する学校プログラム、アルコールと喫煙防止プログラム、家族助産師、子どもや高齢者の家庭訪問、都市部や農村部のPHCセンター、住民2,000人に看護師1人の実践モデル、HIV予防プログラム、健康な世代のための国家プログラムなどである。

**南アフリカー** 南アフリカのエイズ患者が置かれている厳しい状況をひどく危惧した看護師ムフォ・セバニヨニは、病院での安定した職を辞してエイズ患者のケアをすることにした。

---

(5) 世界保健機関（2000年）。ミュンヘン宣言。看護師と助産師—健康の担い手。WHO/EURO、コペンハーゲン。

1日に25キロも村から村へと歩いて移動し、病人のケアとその家族や友人への世話の仕方の指導とエイズに関する教育を行っている。また、ムフォは周辺の78の村を対象とする在宅ケア中心のプロジェクトを創設した。現在は30人を超えるボランティアがムフォを助け、エイズ患者の在宅ケアについて家族の指導に当たっている。ムフォは功績を認められ、2002年「南アフリカ・ウーマン・オブ・ザ・イヤー」に選ばれた。

ペルー— フィラデルフィア大学の看護学生9人から成るグループが、教授2人の指導のもと、ペルーの僻村に赴いた。彼らの目的は、健康と生活の水準を改善するために健康問題について家族指導を行うことだった。看護学生は、1日を午前中は家庭訪問、午後は講習指導と割り振り、栄養や疾病予防、予防接種、公衆衛生、衛生学、調理、乳房の自己検診を含む女性の健康問題に関する指導を行った。家庭では、血圧の測定や傷の手当てを行い、脳卒中や糖尿病、心疾患、がんの患者には服薬指導や医師への受診時期を説明した。生活習慣を改善することにより、地域住民がセルフケアをよりよくできるようになったことで、学生たちは、講習が役立っていることを実感した。

## 地域社会の参加

人的資源、資金や資材など地域の資源を最大限に活用し、ヘルスサービスの計画、実行、維持に地域社会の関与を定着させるための継続的な努力が必要である。

マラウイ<sup>(6)</sup>— 地域の保健師と環境保健の専門家のチームは、地域社会と連携し、村の保健委員会を選出し、委員にリーダーシップスキル、地域社会の動員、コミュニケーション、よくある保健問題の管理などについての訓練を行うことで、地域の社会的な力の拡大に着手した。村の保健委員会は、優先的に対処すべき保健問題は、下痢、栄養不良、家族計画であると確認した。下痢はトイレの利用制限や不衛生な水に起因するため、トイレの設置と浅井戸の保護を含めた行動計画を立案した。委員会は村の食料供給事業も開始した。

この行動計画の実施には、内外の資源を結集した。例えば、医療従事者はトイレ用建設資材を購入するため政府に援助を求め、地域社会は労働力やレンガなどの材料を提供した。1年後には水の供給源が確保され、ほぼすべての家庭がトイレを所有し、食料供給事業が稼動し、下痢の問題は解決された。

---

(6) チノムボ AM (1997年)。地域への権限付与——健康な地域社会への戦略。『インターナショナル・ナーシングレビュー』。ICN、ジュネーブ。

英国ー 経験豊富な保健師でありヘルスビジターでもあるジェニーは、英国のウェストミッドランド州にある社会的に貧しい地域で働いている。地域の多様な健康上のニーズや高い死亡率および罹患率に対応するため、ジェニーは地域社会開発プロジェクトに着手した。そのプロジェクトの中で住民は、幼い子どもがいる家庭のための地域社会に根付いた施設の欠如が主要な問題であると特定した。その後、ジェニーは保健医療管理者に対して、家族へのサービスを増加する必要性を説明した。これを受け、数人の雇用者から協力の申し出と多少の資源が提供され、ジェニーはこの資源を活用し、家族の学習活動である「立ち寄り」健康講座や女性のための英語教室など様々なプロジェクトを開始した。のちに、他の地域の人々は所有者意識を示し、継続させるため、これらの活動の日々の運営を引き受けた。

また、ジェニーは子どもたちが朝早く登校して、一緒に朝食を食べることができる朝食クラブを地元の小学校で始めた。これにより子どもの栄養状態が改善されただけでなく、登校する子どもの数も増加した。教師の報告によると、子どもたちの集中力が高まり、学習にうまく適応できるようになったという。プロジェクトが大成功をおさめたことから、のちにジェニーは地域の公衆衛生管理チームに加わるよう要請を受けた。

### 多分野にまたがる連携

プライマリ・ヘルスケアは、教育、産業、全保健医療専門職、コミュニケーション、住居、公共事業など、国と地域社会の発展にかかわる全ての分野と局面を含む必要がある。

米国ー シカゴでは、ホーマン・スクエア・プロジェクト<sup>(7)</sup>が、開発途上にあるスラム地域の生活の質を向上させるという目標を掲げ、一連のPHCサービスを提供している。これは、ウェストサイドのノースローンデール地域連合と連携し、ラッシュ大学看護学部とラッシュ・プライマリケア・インスティテュートが行う地域社会開発を目的とした取り組みである。ヘルスケアサービスには、PHC診療所や学校単位のヘルスセンター、家族教育、カウンセリングプログラム、地域社会と二次／三次医療システムをつなぐスクリーニング・サービスなどが含まれる。

このプロジェクトは、妊娠婦のケアや女性の健康、学校での看護、育児法、メンタルヘルスなどの分野についてナース・プラクティショナーの力を活用しており、サービスの提供と教育が接するほかにない機会を提供している。地域社会で提供されるサービスの種類や質、量を中心に良い結果が出ている。

---

(7) ホリンガー＝スミス・LJ (1998年)。「協力パートナー——ホーマン・スクエア・プロジェクト」、『ジャーナル・オブ・プロフェッショナル・ナーシング』、11-12月号、14巻6号、344-9ページ。

モザンビークー 看護師主導の地域社会開発プロジェクトには、女性や若者、子どもの利益となる活動が含まれていた。このイニシアチブの目標は、教育や地元資源の利用と効果的な自助イニシアチブを通じて女性の生活を改善することであった。各地区で教育講座を開くために女性グループからコーディネーターが選出された。保健施設や中学校、教会が研修の場として使われた。参加者の中で、基本的な読み書きやリーダーシップ力、対人関係力、コミュニケーション能力、問題解決力が備わっているとみなされた女性たちは、プロジェクトリーダーとして抜擢された。女性が教育を受けて自分の地域社会に戻ると、「援助者」となり、包括的な地域社会開発委員会の設立、委員会と協力して優先ニーズの確定、関連情報の共有、そしてこれらのニーズに取り組むことなどを期待された。

女性は、地域社会開発と健康の「プロモーター（促進者）」に指定された。「プロモーター」は、指導講座の実施や予算組み、現地監督、報告書のまとめといった責任を担うようになった。評価結果は、「プロモーター」が居住する地域の人々の生活に、プロジェクトが良い影響をもたらしていることを明らかにした。プロジェクトから得られた重要な教訓は、開発は木のように、下から上へ向かって成長するものであり、上から押し付けられるものではない、ということである。<sup>(8)</sup>

## 適切な技術

この原則は、科学的な根拠があり、地元のニーズに適合し、適用する人や実際に利用する人にとって受け入れられる技術について言及している。また、こうした技術は、地域社会や国が提供できる資源を使って自立を続けるという原則に従い、自分たちで維持することも可能である。

パプアニューギニアー 看護師主導のプライマリ・ヘルスセンターは、HIV感染者やエイズ患者が多い僻地でサービスを行っている。看護師はHIVとエイズに関する認識を高めるために、主な利害関係者（若者、女性グループ、地域リーダー）を14の村で特定した。短波ラジオ放送や地域の屋外遠隔放送システム、地元紙を利用して、健康情報の伝達や受けられるサービスの紹介をしている。また、訪問の日時を設定し、村ごとに僻地クリニックも提供している。さらにHIVとエイズに関するワークショップを開催し、糖尿病や高血圧、プリネータルケア、予防接種などのPHC関連や予防の問題について住民と共に取り組んでいる。

---

(8) フェレル・BJA(2002年)、地域社会開発とヘルスプロジェクト——アフリカのモザンビークにおける5年間(1995-1999)の経験。『インターナショナル・ナーシングレビュー』、49号、27-37ページ。

あるワークショップ後に、365人がHIV検査を受けにヘルスセンターを訪れ、5人が陽性と判明した。この5人はより詳細なカウンセリングと治療を受けるために総合病院へと紹介された。

アルバータ州（カナダ）— クロウフット・ビレッジ・ファミリー・プラクティスは、家庭医5人と保健師1人、在宅ケア看護師1人が一つのチームとなり、アルバータ州の都市部に住む約12,000人を対象に、質が高く、迅速なケアを行っている共同事業である。

サービスの利用を改善し、セルフケア能力を高めるために導入されたサービスの一つが「ナース・テレケア」である。これは、24時間対応での患者のトリアージと自己学習の機会を提供する電話サービスである。テレケアを導入した結果、医師の診察を受ける軽い症状の患者数が減少している。患者を対象に行った中間調査では、全体として、地域社会はサービスに非常に満足し、セルフケア能力が高まったという結果が出ている。

英国— 小規模の病院で、指導医による遠隔医療を利用した直腸クリニックを運営している看護師がいる。医師と相談しながら所見の確認を行い、結果を即座に患者に知らせている。その看護師のクリニックはコストの削減や、国民医療サービス（NHS）の順番待ちリスト掲載者の減少、早急ながん治療が必要な人へのサービスの迅速化に成功している。

英国におけるもう一つの例として、経験豊富な看護師が24時間体制で電話で助言をする国民医療サービス・ダイレクト（NHSダイレクト）がある。看護師は、自宅にいる人々が自分自身や家族をより適切にケアできるように助言や情報を与えている。

評価では、この助言電話により、電話をかける人の40%が緊急性のないヘルスケアを受けるよう指導され、ヘルスサービスの負担が軽減していることが示された。

## 第3章

### 看護師の役割の確立と支援、 持続

プライマリ・ヘルスケアに対する看護の責務は、「看護師には4つの基本的責任がある。すなわち、健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和することである」<sup>(9)</sup>と誓うICN看護師の倫理綱領（1953年に初採択の後、定期的に改訂）に記されている。

ICN看護師の倫理綱領、2007年

PHCに基づくいかなるヘルスシステムにおいても、看護師の役割は重要な位置を占めている。歴史を振り返ると、看護は常に、教育や所得、ジェンダー、社会環境などの幅広い健康に関する決定因子と関係してきた。PHCに基づくシステムでは、看護活動の全領域への支援が整っている必要がある。看護師はPHCを提供する保健医療従事者の主要グループである。個人と家族、地域社会、その他保健医療ケアシステムの関係者とのつながりを育てて維持し、自発的に、そして協力しながら疾病や障害の予防、健康の増進や改善、維持、回復に努めている。看護師の仕事には、公衆衛生や健康の増進、疾病予防、ウェルネスケア、患者と初めて出遭った場におけるケア、一生を通じての疾病管理などが含まれる。進展を遂げるとすれば、PHCを実践する中心的存在として看護師がケアに従事し、ケアの先導と調整を行うことや、政策や提供における看護師の役割を全領域において合法かつ不可欠なものと考えることが欠かせない。

看護師を中心に置くことで、以下のことが期待できる。

#### ・ケアへのアクセスの改善

WHOマクロ経済と健康に関する委員会は、看護師が提供できる「クライアントに近い」サービスを通じて、地域社会レベルでのヘルスケアの普及率の拡大を最優先すべきだと断言している。<sup>(10)</sup>

(9) ICN（2006年）。ICN看護師の倫理綱領。ICN、ジュネーブ。

(10) 世界保健機関（2001年）。マクロ経済と健康—経済発展に向けた健康への投資。マクロ経済と健康に関する委員会報告。WHO、ジュネーブ。

#### ・慢性疾患予防の改善

疾病予防と健康の増進は、看護師が果たすべき役割であり、看護師の影響力が拡大している領域の一例である。看護師は、健全な生活が健康の維持や回復、改善に重要であるというメッセージを発信している。また、健康的な食事とライフスタイルを促進し、困惑し不満を持つ人の相談にのり、患者がより長く健康な人生を送れるように慢性的な健康状態を管理する手助けをしている。

#### ・費用対効果の改善

調査により、従来医師が実践していたプライマリ・ケアの 60～80%は、看護師が行った場合、より少ない費用で同等の結果が得られることが示されている。

#### ・アウトカムの改善

看護師主導のケアにより、結果に改善が見られた例は数多い。「NP ケア」は、アメリカの数州において長期ケアの現場で稼働しているナース・プラクティショナー(NP)中心のケア実践システムである。2001 年以来、ナース・プラクティショナーは急性の医学的問題を抱える居住者の診察や検査結果の検討、傷の評価、家族とのコミュニケーション、他の看護スタッフの教育を行ってきた。その結果、「NP ケア」の対象となっている看護施設では、病院への再入院率が 50%まで減少している。<sup>(11)</sup>

「看護師は家庭、職場、また遊びにおける子どもと家族のニーズを知り、個人、家族、地域社会、そしてヘルスケア提供者を繋げる輪として奉仕している。このような特質ゆえに、看護師は世界中のヘルスケアの主力である。また看護師は子どもたちが生存し、保護され、十分に成長し、参加する権利を支持する。そのため、これらの権利を脅かす容認できない不公平に断固反対するのである」

キャロル・ベラミー、  
ユニセフ前事務局長

#### ・サーベイランスの改善

国際的な人の移動と気候変動により、サーベイランスの必要性が増しており、この必要性は、2007年の国際保健規則（IHR）の枠組みにも反映されている。人と直接接する機会が最も多い提供者として、看護師のサーベイランスに関する役割は極めて重要である。

(11) NP ケアの臨床サービス担当ディレクター、ジーネット・ガルベス＝ピシヨニエール、看護学修士、上級実践看護師からの Eメール。



## ・災害復興の改善

看護師は災害の初期対応では最も多くの役目を果たしているが、災害復興においてはさらに大きな役割を担わなければならない。看護師は被害者、囚人、負傷者、病人、難民と直接接触している。看護師の努力は、常に心理的な面と身体的な面の両方を考慮した姿勢に表れている。

(12)

## ・ケアに対する患者のコンプライアンスの改善

治療に対する不十分なコンプライアンスまたはアドヒアランスは、健康アウトカムの不良の直接的な原因となるが、これに大きく影響を与えるのが看護である。次の例について考えてみよう。血中コレステロール値が高い成人 228 人を二つのグループに分け、一方のグループに対してのみ看護師がモニターを行った。看護師が脂質管理を行っている 1 年間に、モニターされているグループは、栄養や薬物、運動、ライフスタイルの改善、その他の数々の問題について、外来や電話でカウンセリングを受けた。1 年後、モニターグループでは血清総コレステロールや低比重リポタンパク、トリグリセリドの数値が有意に低下していた。さらにこのグループでは、総脂質の食事摂取量の大幅な減少や、薬物療法へのアドヒアランスの向上、運動頻度の増加なども報告された。

## ・プライマリ・ヘルスケアでの技術の活用

遠隔看護を通じて、人々は自宅または遠隔地域にいながらにして、バイタルサインや検査結果、心配事などを、町の反対側や数百キロも離れた場所で働く看護師に伝えることができる。看護師主導の 24 時間対応の健康情報電話サービスは、電話によるトリアージや助言を行い、支援グループや自助グループ、地元のヘルスケア施設、オンコールサービスなども含め、病気や症状について情報提供を行ったりしている。これらのサービスは、病院の救急外来に助けを求める人の数を劇的に減らすことから、地域社会にとって支えになっているとともに、ヘルスシステムにとっても費用対効果が高い。

---

(12) 赤十字国際委員会委員長コルネリオ・ソマルガの引用。

## 看護師の役割の確立と支援、維持

「無数の場所で活躍する何百万という看護師が、プライマリ・ヘルスケアについて同じ考えと信念を表明し、一つの力にまとまれば、変化を起こす最強集団として活動することができるだろう」

— ハルフダン・マーラー、世界保健機関事務局長、1985年

直接ケアを実践している人たちは、世界的にも局地的にも、また、保健政策から資源管理にいたるまで、他の様々な形での看護の関与によって支援を受ける必要がある。

### 1. 世界 ICNの役割

ICNは早くからプライマリ・ヘルスケアに対する看護の重要性を認めていた。PHCのために世界中の看護師を動員する努力は、数十年以上にわたり、一貫して行われ、1978年のアルマアタ宣言への支持もその一つである。各国看護師協会やWHOなどとの協力関係の中で、ICNはPHCの原則やプログラムを保健医療提供者への教育やサービスの計画と実践、研究に含めるようロビー活動を行うことで、PHCにおける看護の位置づけに努めてきた。

「私は、ICNの取り組みを非常に重視しており、ICNの良質な看護とヘルスケアへの献身を高く評価している。実際、ヘルスケアの権利は世界人権宣言に組み込まれたものであり、この点において、看護とICNは国連の取り組みに重要な貢献をしているのである」

— コフィ・アナン、前国連事務総長

21世紀のPHCに向けて看護師を動員する中で、ICNはさまざまな戦略により知識転移やキャパシティビルディング、行動に向けての研究成果の普及、ロビー活動、アドボカシーの強化を図っている。政策や特別なネットワーク、コンピテンシー、アドボカシー、情報の拠出と普及、教育を通じて、ICNはPHCにおける看護の地位の支援と強化を行っている。

ICNのPHCに対する関与は、多くのプロジェクトやプログラムでも明らかである。「Leadership in Negotiation」と「Leadership in Change」というリーダーシッププログラムは、看護師に、あらゆる状況と変化に際し、先導的役割を果たす準備をさせる世界的な構想である。継続的なリーダーシップと連携を通じて、看護の専門家をPHC強化のプロジェクトに従事させることで、ICNはPHCにおける看護師の役割を強化する強固で持続的な力を示している。

## ICNのプライマリ・ヘルスケアにおける看護強化プロジェクト

ICNの多角的なプロジェクトおよび構想は、看護の強化および健康の増進と疾病予防、ケア、治療への貢献を目指して、看護師に働きかけている。そして多くはPHCとミレニアム開発目標(MDGs)から発想を得ている。プロジェクトには以下のものが含まれる。

- ・「医療従事者のための医療センター」:保健医療の人材資源の危機とHIVの流行により大打撃を受けたサハラ以南の国々における保健医療従事者とその近親者を対象にしたヘルスサービスを提供する。
- ・「安全な水構想」:多くの国の孤児や脆弱な子どものために、安全な水の供給技術や汚物処理、清潔な衛生状態を提供する。
- ・「移動看護図書館」:発展途上国の遠隔地にある保健医療施設で働く看護師に、看護および医療の最新の関連情報を届ける。
- ・「TB/MDR-TBプロジェクト」:結核(TB)や多剤耐性結核(MDR-TB)の発見や予防、ケア、治療を行うための看護能力の強化研修を行う。
- ・「女子教育基金」:発展途上国の看護師の娘で、孤児となった者への初等および中等教育を支援する。
- ・「ICN女子政策および研究プロジェクト」:女兒の健全な発育のために看護師を動員することを目的とする。

## 2. 国内 — 各国看護師協会(NNAs)の役割

国内の看護の代弁者として、NNAsはPHCでのリーダーシップの発揮や、看護の実践と政策へのPHCの組み込み、PHCサービスの提供において、大きな力を示している。このリーダーシップは、保健政策の土台としてPHCを支え、PHCにおける看護の地位を確立するために、非常に重要である。NNAsは以下の行動によりリーダーシップを発揮する。

- ・他の保健医療専門職の協会や保健省、他の関連分野や利害関係者との協力関係を促進する。
- ・保健省などと連携し、看護の役割を支援し、看護研究能力を強化する国の保健政策に影響を与える。
- ・教育施設と連携し、カリキュラムにPHCを組み込む。
- ・PHCやその意味、要素、原則に関する経験と情報の交換を促す。
- ・看護の教育および研究センターと協力し、PHCの費用対効果の高さを示す証拠など、PHCを後押しする研究に焦点を置く。

- ・ 研究結果を看護師や政策策定者などに普及させる。
- ・ PHCに関する継続教育を提供する。
- ・ PHCにおける看護師の仕事について紹介する（出版物、ウェブサイト、会議など）。
- ・ PHCおよび看護師の貢献を増進する法律や、予防と増進、治療、リハビリテーションなどのサービスへのバランスの取れた取り組みを求めるロビー活動を行う。
- ・ PHCと一次医療の間の問題や違いについての話し合いおよび適切な理解を目的としてフォーラムを開く。
- ・ 脆弱な人々のヘルスケアニーズを擁護する。
- ・ 職業上の選択肢として PHCを促進する。
- ・ 継続教育を促進するための奨学金の付与や他の資金援助を求めて、各省庁にロビー活動を行う（PHCを実践する看護師が勉強を修了するための継続的な奨学金など）。
- ・ 看護師に特別研究員の地位や研修機会を提供し、キャリア機会を開拓することで、看護や PHC研究に対する興味を促す。
- ・ 各国看護師協会や管理者、実践看護師は、僻地または厳しい環境で働く看護師に十分な支援を提供する資金や政策を求めてロビー活動をすることができる。支援は、交代人員や移動費用、安全またはケアの実践のためのより良い資源など様々な形がありうる。

### 3. 職場 — 看護師管理者の役割

看護師管理者の役割は、実践に重視する看護師の能力を開発し、エンパワメントを図ることに於いて極めて重要である。PHCとの関連では、次のような多くの点でスタッフを支える役割を担っている。

- ・ 十分な研修とフィードバックの仕組みを通じて、新しい情報技術の理解を奨励または促進する。
- ・ 被雇用者の間に変化を引き起こし、変化を推進する。
- ・ PHCへの金銭的および物質的、技術的資源の持続性を確保し、必要な際により多くの資源を求めて陳情活動を行う。
- ・ PHC活動への看護の関与を支援するような人的および金銭的資源の配置をする。
- ・ 継続教育を促進または奨励する。
- ・ 学際的かつ多分野的な連携を奨励または促進する。
- ・ PHCで働く看護師が、看護学校の重要な役割を担う中心的存在および看護師教育者となる機会を促進する。

#### 4. 看護教育機関

看護師が PHC の実践の中心であることを考えると、PHC における看護師の能力やリーダーシップはきわめて重要である。PHC の概念と原則は、看護教育カリキュラムの基本的要素でなければならない。なお、教育機関は以下のことをすべきである。

- ・病院重視から、より幅広い地域社会を中心とした焦点へ移行する。
- ・カリキュラムを人々のニーズに合わせる。
- ・文化的背景の異なる学生が適度に混在するよう考慮した入学基準にする。
- ・各国看護師協会などと協力し、ベストプラクティスのモデルを提示できるようにする。
- ・PHC における看護師の役割の支援に関する研究を実施する。
- ・学生の就職斡旋とサービスに PHC の概念が実践されるようにする。
- ・質の高い PHC の臨床経験を提供し、看護師が様々な経験や限られた責任、臨床プリセプターシップ（指導）に接する機会を与える。
- ・看護能力の中でも PHC リーダーシップを育成することで、PHC の能力を有する必要不可欠な数の人材を保持する。
- ・PHC に焦点を当てた継続教育を提供する。

#### 5. 看護研究機関

効果的な PHC サービスは、影響力と費用効果についてアウトカムの評価ができるように、看護やその他の研究に基づいていなければならない。PHC を中心としたヘルスシステムに取り組むには、ベストプラクティスの開発と移行、採用を可能にする経験の評価と文書化への適切な投資と、より徹底した根拠基盤が求められる。<sup>(13)</sup> 看護研究機関は次のことを行うべきである。

- ・教育機関や各国看護師協会、政府などと協力し、PHC の優先的な資金調達を可能にする研究を行う。
- ・看護師への PHC の教育方法に関する研究を実施する。
- ・PHC チームの様々なヘルスケア提供者がもたらす効果を評価する方法と指標を開発する。
- ・看護師に特別研究員の地位や研修機会を提供する。
- ・看護および PHC の研究に対する興味を促す。
- ・PHC の研究におけるキャリア機会を開拓する。
- ・PHC の費用効果に関する研究を促進または実行する。

---

(13) 汎米保険機構（2007年）。アメリカにおけるプライマリ・ヘルスケアの再生—汎米保険機構／世界保健機関（PAHO/WHO）の政策方針書。PAHO、ワシントン DC。

- ・ PHC チームの様々なヘルスケア提供者がもたらす効果を評価する方法と指標を開発する。
- ・ 看護師に特別研究員の地位や研修機会を提供し、キャリア機会を開拓することで、看護および PHC の研究への興味を促す。
- ・ 最優先すべき重要領域や PHC への看護貢献に関する情報におけるギャップを特定することで、局地的、国内的、および国際的な研究事項に影響を与える。
- ・ 研究機関（および各国看護師協会）は、PHC の実践の現実と人的資源も含め、PHC への資源をひきつける方法を文書化するために、現場から証拠を引き出し、利用することができる。

## 6. 看護規制機関

看護規制機関は、効果的な PHC および看護リーダーシップの実践を促進する際に基本的な役割を果たし、以下のことが可能である。

- ・ 看護のスキルと潜在能力の十分な活用を可能とする看護の法律を促進する。
- ・ 立法者と協力し、PHC における看護師の全潜在能力の発揮を制限する法律や規制の実施に認められる矛盾を排除する。
- ・ 教育機関と協力し、教育の必要条件が、人口属性や疫学的特性、文化的慣習などの点で、人々のニーズを満たすようにする。
- ・ 看護師が全ての主要な法律または規制の変更を理解できるようにするためのコミュニケーション計画を立てる。
- ・ PHC が土台となり、「現行の」看護実践を支援し、PHC に関する適切な看護革新を妨げることのないよう、定期的に法律や規制を見直す。
- ・ 他の規制機関と協力し、学際的な協力関係の促進を積極的に目指す法律の制定へと立法者を導く。
- ・ 規制者と協力し、実践範囲や名称保護などに関するあらゆる問題を解決する。

## 7. 一人ひとりができること

国際および国内レベルでの組織立った看護や教育者、研究者、規制者、政策策定者からの支援は、PHC で看護の効果をあげるには極めて重要である。しかし、真に PHC の展望を約束するのは看護師一人ひとりの関与である。看護師が PHC を先導できるよう我々が行動を起こす方法や機会は数多く存在する。

- ・ 働く場所に関係なく、自分が実践する中で PHC の原則を実行する。
- ・ 看護師の実践範囲を広げる法律と政策を提唱する。

- ・自分の地域社会にかかわる。
- ・地元の PHC 環境に関する研究に取り組む。
- ・教育政策に影響を与えるよう努力する。
- ・PHC に焦点を当てた継続教育を強く求める。
- ・各国看護師協会と協力し、政策の変更に着手または影響を与える。
- ・看護師主導の PHC の利点について、地元のメディアや隣人、友人などと話し合う。
- ・PHC での自らの経験について話したり記したりする。
- ・患者や地域社会に、PHC に対する資源の増加と政治的支援を求めてロビー活動を行うよう促す。

PHC は、保健医療の不平等を軽減し、基本的なヘルスケアへのアクセスを改善するために、有効かつ普遍的に適応可能な取り組みを提供する。PHC に関するアルマアタ宣言から 30 年が経過し、世界はケアへのアクセスと質の点で課題に直面している。世界の看護師は、PHC の促進とミレニアム開発目標の達成という世界規模の活動において非常に大きな力となっている。適切な投資や、権限を付与する法的および実践環境が整うことで、看護は世界の人々の健康状態の改善に大きな役割を果たすことができる。

## 第4章 将来を見据えて

プライマリ・ヘルスケアおよびヘルスケア分野全般において、人々は、選択および選択をするための情報へのアクセスを求めているのが現実である。このような傾向は将来も続き、人々は情報にアクセスし正しい選択をする際に、看護師が提供できる支援をますます必要とするだろう。

病院から在宅へ、治療から予防へ、施設から地域社会へと、重点とサービスの提供がより迅速に移行するにつれ、看護師はいっそうヘルスケアの渦の中心となり、ケアに継続性をもたらす接着剤の役目を果たすことになる。

看護師は人々の自宅や地域社会に招かれ、このことによって臨床技能のみならず別の志向と技能が求められる。アドボカシーや地域社会開発、コミュニケーションの専門知識、教育・指導などの能力が必要不可欠となるだろう。

また、将来的には、増え続けるヘルスケア要員に対する監督と委任の機会が増すだろう。よく知らない人間に権限を委譲し、遠くから監督することになるのだ。ヘルスケアチームは拡大および多様化し、チーム内での看護師の機能は新たな流動性を帯びていく。時にリーダーとなることもあれば、共同リーダー、あるいは明確なリーダーシップの職務を負わないメンバーの場合もあるだろう。時間やチーム、資源、情報管理の重要性は増していく。看護師はコンピテンシーを共有し、業務を移行し、様々な供給者と協力していくことになる。

病院から在宅ケアの移行がうまくいけば、病院は重症者を扱うことになり、病院と地域社会を結び、個人や家族に適切なサービスを提供し、患者と患者グループ、ヘルスケア提供者間の橋渡しをするという看護師の能力が重要になる。つまり、看護師は指導や協力、調整に携わることがますます多くなるわけだが、ケアから遠ざかるということではなく、これもケアとして考えることが重要である。

テレヘルスは、距離に関係なくあらゆる状況の人々に対して、ケアのアクセスや品質、継続性を看護師が向上させることを可能とする興味深い領域である。遠隔看護によって、看護師はヘルスサービスに対する需要の管理や、利用者の教育、リスクの高い人々の相談、勤務時間後のトリージ、慢性状態や消耗性疾患の患者とのコミュニケーションの維持、広く分散する人々や遠隔



地の人々へのサービスの提供などにさらに従事し、ヘルスケアを国全体で利用できるようにして  
いこう。

一般市民や患者、雇用主、政策策定者、提供者は、実践的で科学的な根拠があり、社会的に受け入れられる手段と技術に基づき、地域の個人と家族が全面的に参加することによって普遍的に利用でき、地域と国が賄うことのできる基本的なヘルスケアをいっそう求めるだろう。これは、いずれの国にとっても、ヘルスシステムの必要不可欠な部分である。看護師はあらゆる状況において PHC の原則を実践するよう期待されている。

質の高いサービスが地域社会で実践されることは、偶然には起こり得ない。選択や確固たる行動、看護のリーダーシップによってのみ生じるものである。そのためには長期的な計画と戦略的管理、政策策定が求められる。

看護師と各国看護師協会は、全ての人をより健康になるよう導くことができる。看護師には知識や技能があり、人数も圧倒的に多い。一般市民と政策策定者は看護師を、倫理的で思いやりがあり、有能で費用対効果の高い存在として見ている。今後数年間の看護課題を提議し、専門家として社会にとってより好ましい将来を生み出すかどうかは、我々の手に委ねられている。その第一歩が全ての地域社会のための質の高い PHC サービスである。

私たちの使命は、より健康的な社会を実現することである。共に活動することにより、私たちは健康的な生活スタイル、健康的な職場、そして健康的な地域社会を推進するためにすべての看護専門職の知識と熱意を用いる。私たち、貧困や汚染、その他の病気の原因を取り除く持続可能な開発戦略を支持することによって、個人だけでなく社会の健康をも増進させる。(2007 年 ICN ビジョンステートメントより)

# 付 録

## ミレニアム開発目標

2000年9月、国連ミレニアムサミットにおいて、貧困や飢餓、疾病、非識字、環境劣化、女性差別と闘う達成期限付きの数値目標およびターゲットに世界各国の首脳が合意した。これらは世界的議題の中心に置かれ、「ミレニアム開発目標 (MDGs)」と呼ばれている。

8つのミレニアム開発目標は、極度の貧困を半減させることから HIV/AIDS の蔓延を阻止することや普遍的な初等教育の提供に及び、全て 2015 年を達成期限としている。ミレニアム開発目標は、世界の全ての国々および世界の主要な開発機関の全てにより合意された青写真である。世界の最も貧しい人たちのニーズを満たす前例のない取り組みを動かす力となってきた。

- ・極度の貧困と飢餓を半減させる。

12億人が現在でも1日1ドル未満で生活している。しかし、世界人口の60%以上を占める43カ国が、2015年までに飢餓を半減するという目標をすでに達成しているか、または達成に近づいている。

- ・普遍的な初等教育を達成する。

学校に通っていない子どもは1億1,300万人に上るが、この目標は実現可能である。例えばインドの場合、2015年までに子どもの95%が学校に通うようになると見込まれている。

- ・女性の地位向上と男女平等を推進する。

世界の非識字者の3分の2は女性であり、難民の80%は女性と子どもである。

1997年のマイクロクレジットサミット以降、貧しい女性の支援と地位の向上に進展がみられ、対象となった女性は2000年だけでもほぼ1,900万人に上った。

- ・5歳未満児の死亡率を3分の2減らす。

毎年1,100万人の子どもが死亡しているが、その数は1980年の1,500万人から減少している。

- ・妊産婦死亡率を4分の3減らす。

発展途上の国や地域では、出産時に死亡する確率は48人に1人である。だが、実質的には現在、全ての国でセーフ・マザーフードプログラムが用意され、進展の準備は整っている。

- ・疾病、特に HIV/AIDS およびマラリアの蔓延を食い止める。

致死性の病気は、開発に伴う利益の生成を帳消しにしてきた。ブラジルやセネガル、タイ、ウガンダといった国々は、直ちに HIV の蔓延を止められることを示している。

- ・環境の持続性を確保する。

安全な飲料水を利用できない人が依然として10億人以上いる。だが、1990年代には、ほぼ10億人が安全な水を、そして10億人が衛生施設を利用できるようになった。

- ・開発のためのグローバル・パートナーシップを築き、援助や貿易、債務救済の目標に取り組む。  
あまりに多くの発展途上国で、社会サービスの支出を債務返済額が上回っている。だが、2002  
年前半に行われた新規援助の誓約だけでも、2006年までに年間120億ドルが追加されるだろう。

## 看護師とプライマリ・ヘルスケア

### ICNの所信：

国際看護師協会（ICN）は、プライマリ・ヘルスケア・サービス、特に看護サービスへのアクセスとその公平性が、全ての人々の健康と安寧を促進するために重要であると信じる。

ICNは会員協会と共に、公平かつ効果的なヘルスケア・サービスを全ての人々の権利として擁護し、プライマリ・ヘルスケア（PHC）に関するアルマアタ宣言<sup>1</sup>を、人々が社会的および経済的に生産的な生活を送れる健康レベルに到達するための手段として支持する。

ICNとその会員協会は、PHCをより効果的に実施することを確実にするために、政府や非政府組織と国内および国際的に協働する。PHCサービスの計画および実施において、ICNは多部門のアプローチを行い、以下の原則を厳守することを主張する：

- 全ての人々が公平にヘルスサービスにアクセスできるよう、最大限に奨励していること。サービスの立案および実施に、個人および地域社会が参画していること。疾病予防および健康増進に焦点を当てていること。適切で手ごろな価格のテクノロジーであること。社会の安寧に必要な、多部門にまたがる取り組みであること。
- ヘルスケアの焦点が、健康増進や、疾病および障害の予防、治療およびリハビリテーションのためであろうが、平和で尊厳のある死へのケアであろうとも、これらのサービスを必要とする個人、家族または集団に向けられていること。
- 保健医療提供者への教育が、科学的かつ倫理的なものであり、健康を規定する社会的因子の優位性を認識していること。
- ケアおよび関連する治療について情報を得たうえで決断するという、個人、家族および地域社会の権利を、ヘルスケア提供者が尊重すること。
- 研究結果およびテクノロジーの評価が、患者および一般市民への直接的な利益となっていること。
- ICNはPHCを支持し、PHCの概念が看護教育のあらゆるレベルに統合され、PHCのリーダーシップにおける看護師の役割が強化され、そして、国内および国際的な全てのレベルにおいてそれが明確に示されることが重要であると考えます。

<sup>1</sup> 世界保健機関、Alma Ata 1978 Primary Health Care、ジュネーブ、WHO、1978年

## 背景：

世界の人々は、健康および安寧が以下によって悪影響を与えられるおそれのある未来に直面している。それらは、テクノロジーの急速な発展、自然資源の枯渇および環境破壊、人口増加、新しい健康問題（例：エイズ）および従来から知られている疾病（例：マラリア）の影響である。人口の高齢化および、慢性疾患や末期状態の人々に関する懸念といった他の要因は、ヘルスサービスおよび社会的なサービスの需要を増やしている。

1978年にICNは、PHCを支持することと、PHCを人々の健康ニーズに合わせて効果的に実現していくうえで、政府および非政府組織と国内および国際的なレベルで協力する意思があることを宣言した。

その後何年間か、ICNおよび会員協会は、PHCの原則とプログラムを保健医療提供者の教育、サービスの立案と提供、および研究と評価に組み込むためのロビー活動に尽力してきた。PHCを看護実践および政策の中に組み込むためにイニシアチブを推進している会員協会も多い。

看護師は、あらゆるレベルにおいてプライマリ・ヘルスケアを提供し、個人、家族、地域社会、そして他のヘルスケア・システム間の連携を維持する主たる保健職能集団である。他の部門やヘルスケア・チームのメンバーと共に、または看護師同士での協働を通じて、看護師は、健康の保持増進および疾病と障害予防のための新しくより良い手段を探求する。看護師は、ヘルスケアの公平性とそのアクセスを向上させ、ケアのアウトカムの一つとして質を加える。基礎およびその後の教育レベルにおいて、PHCを看護教育プログラムに組み入れることは重要である。

## 2000年採択

## 2007年改訂

（「ヘルスケアと生活の質/1979年採択」および「リガの再確認/1989年採択」に代る。）

## 関連ICN所信声明：

- ・ Utilisation and participation of nurses in all levels of health service/decision making and policy development （ヘルスサービスの意思決定と政策立案における看護師の参加）
- ・

国際看護師協会（ICN）は、125カ国以上の看護師協会の連合体で、世界の数百万にのぼる看護師を代表する組織です。1899年以來、ICNは看護師のために看護師によって運営され、看護の国際的な代表者であり、万人に対する質の高い看護と適切な世界保健政策を保障するために尽力しています

## 参考文献

Brown S. and Gimes, D (1992)., A Meta.-Analysis of Process of Care, Clinical outcomes and Cost-effectiveness of Nursing in Primary Care Roles, Nurse-Practitioner and Nurse-Midwives. Washington, DC; American Nurses Association.

Canadian Nurses Association's Initiative of Cost-Effective Nursing Alternatives. Cited in the Value of Nursing in a Changing World, ICN. 1996.

Chinombo, A.M (1997)., Community empowerment: A strategy for healthy communities. *International Nursing Review*. Geneva: ICN.

College & Association of Registered Nurses of Alberta (2005)., Primary Health Care. Edmonton: Alberta.

Ferrell, B.J.A. (2002)., Community Development and health project: a 5-year (1995-1999) experience in Mozambique, Africa. *International Nursing Review*. 49. 27-37

Hill, A.G., et al (2000), Decline of mortality in children in rural Gambia : The influence of village-level primary care. *Tropical Medicine and International Health*5 (2):107-118.

International Council of Nurses and World Health Organization (1979), Report of Workshop on the Role of Nursing in Primary Health Care. Nairobi, Kenya, 30 September -1 October 1979.

International Council of Nurses and World Health Organization (1979), Report of the Workshop on the Role of Nursing in Primary Health Care. Nairobi, Kenya, 30 September -1 October 1979.

International Council of Nurses (1984), Report on the Post workshop Projects. Mobilising Nursing Leadership for Primary Health Care. Geneva: ICN.

International Council of Nurses (1988), Nursing and Primary Health Care: A Unified Force. Geneva: ICN.

International Council of Nurses / World Health Organization (1988) Nursing in Primary Health Care : Ten Years After Alma-Ata and Perspectives for the Future. Report of the Joint ICN/WHO Consultation, 1-3 August 1988, Ferney-Voltaire

International Council of Nurses (1999). Implementing Nurse Prescribing: A Review for the International Council of Nurses. Developed by Calman, L.; and Buchan, J. (1999), Geneva: ICN.

International Council of Nurses (2000) ICN on Nursing and Development. Policy Background Paper. Geneva: ICN.

International Council of Nurses (2006), ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva: ICN.

International Council of Nurses (2007). ICN Policy Statement. Nurses and Primary Health Care. Revised 2007.

Laurant, M; et al. *Substitution of doctors by nurses in primary care*. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18; (2):CD0011271.

Macduff C. and West B. 2003 Evaluating Family Health Nursing through Education and Practice, Scottish Executive, Edinburgh

Mahler, H. •Nurses lead the way•. WHO Features, No.97, June 1985.

Mahoney D (1994) Appropriateness of geriatric prescribing decisions made by nurse practitioners and physicians, *Image*, 26 (1), 41-46, *Cited in DOH (1999) Review of Prescribing, Supply and Administration of Medicines: Final Report (Crown Report)*. London, DOH.

Oulton, J. (1998), PHC 21: Making It Happen. The Health Professions•Perspective. Presentation at the Almaty Conference, 27-28 November 1998.

Pence, B.W., Nyarko, P., Phillips, J.F., and Dbpuur, C. (2005), The Effect of Community Nurses and Health Volunteers on Child Mortality: The Navrongo Community Health and Family Planning Project. New York: The Population Council.

Perry, H.B., C. Shanklin, and D.G. Schroeder (2003), Impact of community-based comprehensive primary health care program on infant and child mortality in Bolivia. *Journal of Health, Population and Nutrition* 21 (4):383-395.

Rosenhour J, Stanford D, Morgan W et al. (1984) Prescribing behavior of primary care nurse practitioners. *American Journal of Public Health* 74, 10-13.

Shuster, S; Ross, S; Bhgat, R, and Johnson, J. (2001), Using Community Development Approaches. *Canadian Nurse*, 97 (6), 18-22.

Tarimo, E.& Webster, E.G. (1994), Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World : Ala-Ata revisited. ( Current Concerns SHS Paper number 7, WHO/SHS/CC/94.2) Geneva: World Health Organization, P.3.



United Nation (2000). United Nations Millennium Declaration:  
<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>

World Health Organization and UNICEF. (1978), Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR, 6-12<sup>th</sup> September 1978.

World Health Organization (1981), Report of a meeting on Nursing in Support of the Goal for Health for All by the Year 2000. 16 -20 November 1981. Geneva: WHO.

World Health Organization (1986), The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO

World Health Organization (1988), Alma-Ata Reaffirmed at Riga. A Statement of Renewed and Strengthened Commitment to Health for All by the Year 2000 and Beyond. A Mid-point Perspective, Riga, USSR, 22-25 March 1988. Geneva: WHO

World Health Organization (1997), Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21<sup>st</sup> Century. Geneva: WHO.

World Health Organization (1998) Primary Health Care 21 – Everybody's Business (1998), Background paper for the Alma Ata 20<sup>th</sup> Anniversary Conference 27-28 November 1998. Almaty, Kazakhstan. Geneva: WHO.

World Health Organization (1998) Health for All in the twenty first century (1998), Geneva: WHO

World Health Organization (1998), Health for all in the twenty first century. Geneva: WHO.

World Health Organization (1998). Health for all in the twenty first century. A51/5. Geneva: WHO.

World Health Organization (2000). Munich Declaration. Nurses and Midwives: A Force for Health. Copenhagen: WHO/EURO, 2000.

World Health Organization (2001), Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: WHO.

World Health Organization (2003), A Global Review of Primary Health Care: Emerging Messages. Geneva: WHO.

World Health Organization (2003), A Global Review of Primary Health Care: Emerging Messages. Geneva: WHO.