

実践報告

BC 州における居住者の健康管理から日本の保健師活動を考える —平成 23 年度 海外研修を通して—

栃本 千鶴¹ 鈴木 奈奈¹

要旨

2011 年 8 月 21 日～8 月 28 日の日程で、カナダ British Columbia (BC) 州 Vancouver における国際保健研修に参加した。LANGARA COLLEGE で Health Care の講義を受け、午後は正看護師や専門看護師の講演と視察に参加した(写真 1, 2)。視察施設は、Vancouver General Hospital、Blusson Spinal Cord Centre、NIKKEI PLACE の 3 箇所であった(写真 3, 4, 5)。今回の研修から、看護職種の中に保健師という名称のない BC 州において、居住者の健康管理がどのようななされているのかが明らかになった。その結果、わが国の保健師の重要な活動としては、健康リスクの高い地域居住者への疾病予防対策と地域のマネジメントが必要であるという示唆が得られた。

キーワード 国際保健研修 BC 州居住者 地域への支援 保健師活動

I はじめに

カナダ British Columbia (BC) 州は、日本の約 2.5 倍の面積 94 万 4,735km² あるが、人口は、約 425 万人(国政調査, 2006 年)と少ない。先住民(税免除等あり)が 3～4% を占め、一定地域に居住している以外は、多民族の居住者であり、多文化主義社会を形成している(栗原, 2011)。

BC 州の高齢化率 14.0% (国政調査, 2006 年)であるが、カナダの 13.2% (2006 年)より高く、高齢者の住みやすい地域といえる。

しかし、BC 州では、近年高齢化が進み、死因は、がん、心疾患、脳血管疾患、慢性閉塞性肺疾患の順に多い。このような死因は、生活習慣病の増加による。BC 州は、医療費の増大から約 40 億の赤字を抱えている(岩永, 2007, p.404)。そのために公立病院の医師・看護師不足、高齢者施設の不足の改善が進まず、居住者の不満は拡大している(Vancouver Sun, August 23, 2011)。

一方、日本は、国と地方の長期債務残高が 862 兆円と

膨らんでいるにもかかわらず(日本経済新聞, 2011. 8. 19)、同年度の医療費は、概算で 36 兆 6 千億と前年度より 3.9% 増えた(日本経済新聞, 2011. 9. 7)。このような日本の赤字財政に対し、診療報酬の配分を総括し、無駄な使い方をなくすることが先決であるといった少数意見はあるが、厚生労働省は、積極的な対策方針を出していない。

Vancouver は BC 州の最大都市であり人口約 211 万人(国政調査, 2006 年)である。名古屋市(約 230 万)とほぼ同じ人口であり、カナダで 3 番目の大都市である。

この Vancouver において 2011 年 8 月 21 日～8 月 28 日の日程で、国際保健研修に参加した。LANGARA COLLEGE で Health Care の講義を受け、午後は正看護師や専門看護師の講演と視察に参加した。視察施設は、Vancouver General Hospital、Blusson Spinal Cord Centre、NIKKEI PLACE の 3 箇所であった。Blusson Spinal Cord Centre については、研修中新聞に掲載されていた(Vancouver Sun (August 24, 2011) GLOBE AND MAIL (August 25, 2011))。

今回の研修では、BC 州居住者の健康管理がどのようななされているのかを明らかにし、わが国の保健師活動のあり方を検討したので報告する。

¹ 日本赤十字豊田看護大学



写真 1 LANGARA COLLEGE 玄関前



写真 5 NIKKEI PLACE 玄関前



写真 2 LANGARA COLLEGE の講義



写真 3 Vancouver General Hospital の歴史



写真 4 Blusson Spinal Cord Centre ホール

Ⅱ カナダの公衆衛生

カナダは 10 の州 (province) と 3 つの準州 (territory) に区分されている。国全体の医療政策のガイドラインづくりを連邦政府 (Health Canada) が行い、10 の州政府 (Ministry of Health) が、連邦政府に従った各州のガイドライン作りをし、実際の活動を行っている。3 つの準州は、連邦政府の直轄運営である。

BC 州 Ministry of Health は、地域別にある 6 つの管理団体 (Health Authority; HA) と連携してサービスを提供する。この HA が日本の保健所や市町村保健センターにあたる。BC 州には、① Vancouver Coastal Health (VCH)、② Vancouver Islands、③ Fraser Health、④ Interior Health、⑤ Northern Health、⑥ Provincial Health の HA があり、初期医療、救急医療、地域医療を実施している (岩永, 2011)。

VCH は、BC 州から年間 \$ 2.8 billion (28 億円) の予算を受けており、22,000 office workers、2,500 physicians、5,000 volunteers 職種が従事している (橋本, 2011)。

VCH のサービスとして①地域ケアサービス (家庭訪問、デイケアセンター、介護者の負担軽減、終末期看護など)、②生活支援 (住居提供、ADL 支援、社会活動支援、24 時間対応システム、入居や転居支援など)、③施設ケア (専用施設、グループホーム、高齢者受け入れ家庭など) (写真 6)、④ホスピス (医療看護ケア、苦痛の管理、心理的・霊的支援など) がある。

VCH には、保健師という職種はなく、専門看護師 (Nurse Practitioner; NP, 日本における専門看護師 CNS とは役割が違う) や正看護師 (Registered Nurse; RN) が地域の療養者にサービスを行っているが、地域居住者

全員に向けた公衆衛生活動ではない。



写真 6 Health Care Centre (Vancouver General Hospital に隣接)

Ⅲ BC 州の看護サービスの特徴

1. 薬物中毒者・精神病者が多い

BC 州には、約 13 万人 (28%) の薬物中毒者や精神病者がいるといわれている。そのうち 2 万 6 千人がホームレスもしくは何もサポートを受けていない。このホームレスの人々の 6 割以上は、精神病患者である。そのためカナダにおける薬物中毒者や精神病患者の医療は、重点政策になっている (橋本, 2011)。

施設では、精神科看護師が薬物中毒者や精神病患者の対応にあたっているが、問題となっているのは、施設に來ないホームレスの人々の健康である。ホームレスの人々は、特に Hastings St (チャイウナタウンの北、戦前の日本人街があったところ) に多く、公然と薬を打っている。このような人々に VCH は、Harm Reduction の方針で看護指導を行っている。例えば注射針やコンドームなどの提供は、Harm Reduction の考え方であり、HIV 感染等で更に病状を悪化させないための手段となっている。日本では、NGO が大阪市内のゲイ・バイセクシュアル男性に対し HIV 感染予防のためにコンドームを提供しているが (金子・大森・辻, 2011)、公的に実施されているわけでない。

2. VCH の訪問看護チームと終末期看護

カナダでは、医療費削減のために在院日数が非常に短い。例えば乳がん切除後 3 日でドレーンを装着の退院となり、在宅療養者の不安は大きい (岩永, 2011)。そのために退院支援としては、訪問看護チームが連携をし、

退院当日に訪問看護の開始となる。VCH の訪問看護チームには、① Home Care Teams、② Home Hospice Palliative Care、③ Ambulatory Home Care Nursing Clinic、④ Home IV Antibiotic Program、⑤ Home Support、⑥ Home O₂ program、⑦ Home Health Support Services がある (橋本, 2011)。

在宅緩和ケア (Home Palliative Care) は予後 6 か月以上の療養者が公的なホスピス緩和ケアベネフィットプログラムを受ける。療養者は、看護師の訪問が 2 時間までという制限があり、他の 22 時間は家族の介護を受ける。また療養者は、在宅での介護は外注で 4 時間までとなっているため (野々内, 2011)、家族の支えがないと在宅での緩和ケアは不可能になる。このような在宅緩和ケアは、高齢者人口増加に伴う政府財政悪化のため、入院期間の短縮に伴った在宅での家族負担による介護のプログラムといえる。

Hospice は看護配置の割合が 5 対 1 である。Home Palliative Care ができない人が入所する。

緩和ケア医師、看護師、MSW、薬剤師、スピリチュアルリーダー、音楽療法士、CNS、ボランティア等が全員私服で付き添う。1 つの Hospice は 20 床規模であり、家族も泊まれる。ここでは、皮下注射までの処置ができ、点滴注射はできない (野々内, 2011)。

Palliative Care を受けている療養者が医療処置等の必要な時は、ターミナル患者ケアユニット (Terminal Patient Care Unit: TPCU) に入所する。TPCU には、10 床と在宅緊急用ベッド 1～2 床がある。看護配置の割合は 3～4 対 1、夜間は、その割合が 6 対 1 である。TPCU は、約 2 週間の入所ができ、その後療養者は、再度在宅か Hospice に移る。Hospice は長期療養施設とみなされ、1 か月で約 9 万円 (日本円) かかるが、低所得者には政府からの補助がある (野々内, 2011)。

BC 州では、日本のような介護保険制度もなく、ベネフィットプログラムの中で看護師等の訪問も限られている。そこを補完しているのがボランティアである。今回の講師だった RN も 10 年間ボランティア活動をしたという。ボランティアは医療施設から独立した非営利団体である。役員には、報酬があるが、メンバーは無料のサービスを提供している。ボランティアは、在宅、Hospice、TPCU でグリーフケアや個人的なカウンセリング等を行い、重要な人材であると期待されている。ボランティア自身が Hospice 経営を行っていることもある。

3. VCH の看護師の状況

看護師は教育制度で区分されている。免許職としては、NP 0.7%、RN 75.7%、精神科看護師（Registered Psychiatric Nurse; RPN）1.5%、准看護師（Licensed Practice Nurse; LPN）22.1% がいる。認定資格職として、Clinical Nurse Specialist（CNS）、RNs with Certified Practice（RN(C)）、CAN（Canadian Nurses Association; カナダ看護師協会）、（Certification）CAN-C の看護師がいる。CAN-C は、各地の看護師会による特定分野の RN の専門能力の自主的な認定制度であり、2010 年現在 19 の分野がある。その他の認定として Health Care Assistant、Student Nurse、Midwife の資格の規定がある。

看護師の就職先は、Hospital 63%、Community Health 14.0%、Nursing home or LTC（Long Term Care）10.0%、Other work places 13.0% であり、Community で働く看護師が 1 割以上いる（野々内，2011）。

看護師の教育歴で専門学校卒は 66%、大学卒が 37%、修士・博士が 3% である（野々内，2011）。カナダの専門学校は 2 年であり、日本の 3～4 年に比べると短い。ホスピスや緩和ケアの看護師は大学卒であり、CNS や NP など修士以上の学歴がある。また看護師のランクが明確であり、ランクの上昇に伴って給料も上がる制度となっている。

BC 州では、カナダ看護師協会と BC 州看護師協会（College of Registered Nurses of British Columbia; CRNBC）の権限が強く、各協会に全員登録しなければならない。BC 州で NP や RN として働くには、毎年 CRNBC の審査があり、免許を更新する義務がある。看護師としての権利や待遇面の改善にも CAN や CRNBC は権力があり、超過勤務などの過重労働にならないように管理している。カナダでは、女性が一生働くことは当たり前のことになっている（染谷，2002）。講師の RN の話によると、子供の出生で仕事を止めようと義母に伝えたときに、「なぜ止めるの」と言われたという。BC 州では、CAN や CRNB の力により、看護師は結婚後も働きやすい環境に整えられている。そのため、看護師の平均年齢は約 45 歳であり、日本の 30 歳代と比べて高い結果である（野々内，2011）（写真 7，8，9）。

4. BC 州の医療システム

カナダでは、1965 年からメディケア制度が導入され



写真 7 講演：講師（RN）Chieko Iwanaga



写真 8 講演：講師（NP）Steven Hashimoto



写真 9 講演：講師（RN）Mika Nonouchi

た。この医療保険は、70%が公的負担となり、残りの 30%が自己負担である。BC 州の住民は、州政府の医療保険（The Medical Services Plan of British Columbia; MSP）の加入が義務付けられている。住民は、ケアカード（Care Card）を持ち、医療サービスを受ける。この医療保険料は、家族の人数（1 人：\$60.50、2 人：\$109、3 人以上：\$121）で決められている（LANGARA COLLEGE, 2011）。低収入者には、医療保険料の負担がないことは、日本と同じである。

また公的医療保険としてファーマケア（Coverage for Medicine and Medical Supplies; Pharma Care）があり、薬や医療用品の一部に保険適用がある。公的保険で 100 %カバーされるものとして、入院費用（検査・治療、薬、室料、寝衣、給食等）、家庭医やウォーク・イン・クリニック（予約なしで受診可能な外来診療所）の診断・検査・治療、乳児の予防接種、マンモグラフィ（40 歳以上は毎年、50 歳以上は隔年）、子宮がんのスメアテスト（毎年）、大腸がんの便潜血（50 歳以上）、インフルエンザなどの予防接種、および出産（入院を含む）がある（岩永，2010）（写真 10）。処方箋による薬の購入や歯科治療などは、30 % の自己負担となる。しかし Pharma Care が適用されないものとして、がんの薬、抗レトロウイルス薬、移植や腎臓透析の薬、歩行器や車いすなどと種類が多く、それらの全額負担は、住民にとって経済的に厳しい状況である。会社が拡大保険に加入している場合は、Pharma Care の補完となる（LANGARA COLLEGE, 2011）。しかしそれ以外は、各自が民間の保険に加入し、対処する方法しかないのである。

住民は、健康に関することであれば予約して家庭医の



写真 10 WALK IN CLINIC

ところに行き、そこから必要な検査や処方、専門医や病院の紹介を受けることになる。家庭医は机 1 つくらいの設備しかなく、点滴も行わない。住民は、乳幼児の予防接種や年に 1 回の健康チェック（日本のような健康診断はない）のために自主的に家庭医の診察を受ける（岩永，2011）。

しかし、予約なしのウォーク・イン・クリニックを受診する住民も多い。このクリニックは、平日や土曜日の診療もあるが、当番制の医師で運営され、その場限りの

カルテが起こされる。住民が長期に健康データの管理をしてもらえるのは、家庭医である。最近は家庭医やウォーク・イン・クリニック医師は待遇の良いアメリカへ進出するため医師不足となり、家庭医のいない住民もある。紹介される病院も待ち時間が多く、また骨折などで急ぐ手術の場合でも 3 日から 5 日位待つ状況があり、住民からの不満がある。病院受診の待機中に死亡したケースがあり、新聞で問題が指摘されたこともある（LANGARA COLLEGE, 2011）。

このようなわずらわしさを回避するために民間のクリニックや病院へ行く住民もいるが、すべて実費となり、点滴 1 つでも高額となる。カナダでは、日本のような民営化病院の導入が進んでいない。カナダ連邦政府は、現在の医療システムでの医療費が、OECD 加入 34 か国の 6 番目に高い状況であり、民営化にして、これ以上患者の負担料金を増やしたくないといっている（Vancouver Sun, August 23, 2011）。

5. NP と 24 時間電話相談

僻地の多いカナダのオンタリオ州で医師不足を補完するために、1967 年 NP 養成課程が始まった。NP は、「専門分野における高度の知識と技術、および熟練した技能をもつ上級看護職」と定義され（岩永，2009）、約 100 の診断と服薬処方ができる。医師は約 5 分の短時間の面接であるが、NP は、約 30 分の長時間をかけて面接をし、さらに予防を視点に入れたヘルスアセスメント、診断、慢性疾患や創傷管理、薬剤の処方、血液やレントゲンなど診断に必要な検査の指示を行える（橋本，2009）。

1973 年には、NP の役割に対する共同声明が看護協会と医師会で取り交わされた。しかし 1980 年代になると、医師の過剰に伴い、NP は廃止された。その後 1995 年以降、医師不足の補填として注目され、多くの州で法律や制定が改定された（岩永，2009）。

BC 州では、2005 年に初めて NP が養成機関を卒業し、現在 250 人が登録している（橋本，2011）。高度実践看護師（NP, CNS, CRNA（麻酔看護師）、CNM（認定助産師））のうち 51% が NP として働いている米国の状況と比較すると少ない（吉本，2009）。BC 州には、Family、Adult、Pediatric の養成がなされ（橋本，2009）、講師は Family の NP であった。NP の多くは VCH の老人施設や精神科リハビリ施設、病院などで働いている。

オンタリオ州では、2007 年に州の資金提供により、

カナダで最初の NP 経営の診療所ができ、2012 年までには 25 の診療所開設を目標にしている（岩永，2009）。BC 州には、医師会の反対もあり、まだ NP 経営の診療所が開設されていない（橋本，2011）。NP は、低コストで医師不足を補える人材として注目されている。NP は、予防を視点に入れた対象者へのアセスメントを行うが、日本の保健師のように地域全体の住民を対象としない。地域へ出かけるのは、訪問看護としての Home Care Teams が行う。

地域の住民は、健康問題で困ったとき、BC 州の 811 Health Link BC に電話をして、指示を受け、自分自身で行動をしなければならない。この 811 のシステムは、24 時間体制で RN と管理栄養士が待機している（橋本，2011）。もし住民が救急車を使用することになれば 80 ドルの自己負担となる。住民は、公立病院の救急外来にきても 5～6 時間待たされることもあるために、811 の電話指導で居住者自身が救急対応できるようなセルフケア能力が必要となる。管理栄養士が、大きなスーパーに配置されており、住民は、予約制の相談ができる保健サービスを利用し、日頃の健康管理に努めている。

Ⅳ 地域居住者の健康管理について

カナダの年金制度は、3 層構造となっており、基礎年金に相当する老齢年金（税方式で一般財源が全額負担）、所得比例部分（社会保険方式で雇用者と被雇用者が折半）、公的年金に上乗せの私的年金（企業年金）から成り立っている（染谷，2002）。基礎年金は、国籍を問わず、18 歳以後 10 年以上カナダに居住した市民すべてが対象となり、65 歳以降に毎月 4 万円支払われる。早期退職し、カナダへ移住した日本人は、65 歳に達し、老齢年金の申請をし、無拠出にかかわらず、夫婦で 8 万円の収入になると喜んでいた。

居住者は、年に一回、家庭医のところへ行き、検査機関で必要な検査を受け、自己管理ができれば、費用出費は少ない。また居住者は、健康上困ったことがあれば、BC 州の 811 Health Link BC に電話で相談にのってもらえるという安心感がある。元気な高齢者には住みやすい国である。

しかし病気になる時には、日本のような介護保険もなく、訪問看護にも公的な時間制限があり、十分なサービスが受けられない。MSP やファーマケア制度のも

とで自己負担は多くなる。一般の長期の療養者や、難病のある障害者にとっては安心して療養ができないと思われる。

BC 州では健康診断が行われないが、2007 年に NPO 主催の無料参加型 BC 州多文化支援機関（Affiliation Multicultural Societies and Service Agencies of BC; AMSSA）の健康フェアがあり、健診等が実施され好評であった。これは、州政府や 6 つの HA からの援助、4 企業からの寄付で実施された（岩永，2007，p.404）。AMSSA の健康フェアの目的は、①居住者が健康管理の知識と技術を修得できる支援的環境を形成する、②居住者のニーズに対応できるよう、移民支援団体と保健医療サービス団体の連携を促進する、③州全体における多民族の健康管理の戦略開発とコミュニティ活動の強化をすることの 3 点である（岩永，2007，p.404）。日本では、このような地域の居住者の健康管理は、保健所や市町村保健センターが中心となって実施しているが、BC 州では、民間の NPO が地域の健康を考えていることになる。

Ⅴ 日本の保健師活動について

日本の保健師活動の歴史は長い。1937（昭和 12）年に保健所法（現在の地域保健法）が制定され、「保健師」の名称が用いられた。そして保健師の先輩たちは、結核予防などの公衆衛生活動に大きな業績を残したことは、誰もが周知している。

今我が国でその保健師の教育や職種について検討されているが、行政で働く保健師は、地域居住者の健康のアセスメント（地域診断）をし、地域の健康水準を高めることが重要な任務になっていることに変わりはない。保健師は、地域で障がいや高齢者になってもそれぞれの居住者が安心して生活できるような支援体制を作る努力を怠ってはいけない。

かつて、保健師は、地域の人口や面積などを考慮した地区分担制で地域の顔となり、責任をもって活動をした。しかし、日本の自治体の財政状況の悪化で、県型保健所の減少と市町村合併に伴い、保健師は、効率の良い業務分担の活動を求められるようになった。そのため、仕事の増量にまぎれ、地域の居住者への家庭訪問などが充分になされていない状況である。

しかし、これでいいのだろうか。地域居住者のニーズ

に答えるためには、地域へ必要時飛んでいける体制づくりが必要である。特に今回、東日本大震災時に大槌町保健師の全戸訪問による活動状況は、保健師が地域の状況を知っていたからこそ、居住者の把握と健康支援ができたことである。

今回の Vancouver 居住者の健康管理の実態から、日本の保健師活動について考える機会ができた。

カナダには、前述したように保健師という職種はない。名称の異なる看護師が教育機関で位置づけられ、それ相当の仕事をし、給料も異なる。BC 州所属の Community Nurse は、正看護師であり、地域居住者のところへ訪問看護に出かけている。VCH の MSP やファーマケアの制度において、看護師業務は時間制限の中で行われ、居住者は十分な看護が受けられない。そのために居住者自身のセルフケアの補完が大きいと思われる。日本は、介護保険や医療保険における訪問看護は、民間事業であるために、民間の裁量行為が認められている。BC 州所属の NP が予防も含めた健康指導を行っている点は、日本の保健師活動に近い。しかし異なる点として、NP は、地域居住者を対象とせず、施設入所者や来所者の Primary Care から始まり、病名の診断、治療と医師の代替ができる。日本の保健師は、地域居住者を対象としているが、病名の診断や治療ができない。

BC 州での地域居住者の保健活動は、NPO 主催の BC 州多文化支援機関が健康フェアを実施し、健康知識の普及に努めていることがわかった。BC 州は、財源不足で余裕はないが、居住高齢者全員への老齢年金による生活保障や Harm Reduction の考えに基づいて、薬や注射器等の提供等弱者への支援をしっかりと実施している。それ以上のことは、当面居住者自身のセルフケアと居住者同士のボランティアでなんとかするより方策がないと考えているように思われる。現在の医療制度以上のことは、BC 州の赤字経済状況で不可能なこととし、BC 州は、いかに赤字削減ができる方策がないかと検討をしている。

日本は、BC 州より高齢者人口が多く、赤字財政状況も深刻であるが、歴史のある保健師制度がある。こうした状況だからこそ、保健師は、BC 州のような居住者のセルフケアとボランティアを引き出す支援（Vancouver Sun, August 24, 2011; GLOBE AND MAIL, August 25, 2011; NIKKEI PLACE, 2011）が当面の課題ではないだろうか。日本でもあちこちでボランティア活動が行われ

ているが、BC 州のようにもう少し継続的で、責任のある活動にできないだろうか。行政のサービスを、更に整理し、優先順位を徹底することにより（パラマキ子ども手当などではなく）、居住者自身のセルフケア能力も高まるのではないか。例えば BC 州のように入院期間短縮による早期在宅でのケアの保障のための Community Nurse の派遣である（岩永, 2007, p.404）。その上で、BC 州において、地域居住者のセルフケアやボランティアが活動している健康への支援では不十分であった部分を日本の行政保健師は担っていかなければならない。健康リスクの高い人たちに検診を含めた予防政策ができれば、日本の高齢者などは元気になり、医療費削減につながる。特に行政保健師は、地域の顕在的・潜在的ニーズを吸い上げ、居住者の健康度を高めることが任務である。

VI おわりに

BC 州は多民族の居住者で成り立ち、誰もが平等に権利を共有できる民主的な地域である（山田・西村, 2004）。今回視察した NIKKEI PLACE は、戦前に日本から移住した人々の「ケア付き住宅」59 床（入所者は約 70 名）がある（NIKKEI PLACE, 2011）。この NIKKEI PLACE は、1941 年 12 月 8 日のパールハーバー攻撃により、BC 州内陸の収容所へ家族とともに送られ、強制労働をさせられた人々や、その方たちの 2 世、3 世が利用している。NIKKEI PLACE の利用時には、政府の補助があり、年金所得により自己負担がある（橋本・永坂・福田, 2011）。その自己負担額は、一般年金者の場合、約 7～8 万円の家賃の支払いとなり、それ以上は政府が差額を補助する。NIKKEI PLACE の職員は、常勤が少なく、定期的なボランティア活動で支えられている（写真 11, 12）。各部屋からは、BC 州の街が見下ろせ、ベランダにでることもできる（写真 13, 14）。

入所者は、1.5 時間内のケアが必要な人が対象であり、NIKKEI PLACE の所在地の Fraser Health 管轄である HA のケアマネージャー（RN）が審査をする。入居時は、本人も同席するが、それ以降は、NIKKEI PLACE の LAN と入所者のマネージャーおよび代弁者（日本語ができる）で審査が行われる。入所者は NIKKEI PLACE の施設の外で家庭医を持つことが必要となり、また健康上困ったことは、「811」へ入所者自身が相談



写真 11 NIKKEI PLACE の掲示



写真 13 NIKKEI PLACE の居室



写真 12 居住者と学生の交流 (NIKKEI PLACE)



写真 14 NIKKEI PLACE の居室のベランダから

をする (NIKKEI PLACE, 2011)。NIKKEI PLACE の視察で、BC 州の保健・医療・福祉の実態の縮図が把握できたと思う。

かつて日本の植民地であった台湾の高齢者には、少しの賠償金（本人の貯金）が支払われただけのことを考えると、NIKKEI PLACE の建設とその後の補助を継続している BC 州政策に温かみを感じた。日本の保健師は、リスクの高い地域の居住者に対して、居住者の立場にたった温かみのある予防活動を実践する任務がある。

なお写真の掲載については、関係者に文書で許可を得ている。

引用文献

- GLOBE AND MAIL (August 25, 2011), Man in Motion 2.0.
橋本スチーブン (2009). カナダにおけるファミリー・ナース・プラクティショナーの役割と日本の看護界への提言 日本看護研究会雑誌, 32(2), 138-141.
橋本スチーブン講演資料 (2011.8.23)

- 岩永智恵子 (2007). Health Care System in CANADA, Shortage of Nurses and Hospital beds. *Nursing BUSINESS*, 1(5), 404.
岩永智恵子 (2007). Multicultural Health Fair, Promote Healthy Living among BC's Multicultural Communities. *Nursing BUSINESS*, 1(7), 614.
岩永智恵子 (2009). ナースプラクティショナーが診療所を経営する—保健医療における NP への期待— (カナダ). *Nursing BUSINESS*, 3(7), 615.
岩永智恵子 (2010). コミュニケーション不足が障害か? —カナダにおける大腸がんスクリーニングの現状—. *Nursing BUSINESS*, 4(5), 422.
岩永智恵子講演資料 (2011.8.23)
金子典代・大森佐知子・辻 宏幸 (2011). ゲイ・バイセクシュアル男性における HIV 感染予防行動のステージと関連要因 大阪市内での商業施設利用者への質問紙調査から. 日本公衛誌, 58(7), 501.
栗原武美子 (2011). 現代カナダ経済研究 州経済の多様性と自動車工業. 東京大学出版会, 3.
国勢調査 (2006). <http://www.city.vancouver.bc.ca/> よ

- り, 2011/9/14 検索.
- 日本経済新聞朝刊 (2011.8.19)
- 日本経済新聞朝刊 (2011.9.7)
- NIKKEI PLACE で受け取った資料 (2011.8.25)
- 野々内美加講演資料 (2011.8.24)
- 染谷淑子 (2002). 高齢者に対する地域サービスと社会福祉の消極的民营化—カナダと英国の状況—. *GERONTOLOGY*, 14(1), 29-31.
- 栃本千鶴・永坂トシエ・福田由紀子 (2011), 平成 22 年度海外研修報告—国際保健カナダ実習を実施して—. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 6(1), 73.
- Vancouver Sun (August23,2011). Health care overhaul must eye users fees, CMA boss says.
- Vancouver Sun (August24,2011). Man in Motion retraces Canadian Path with relay.
- 山田千香子・西村千尋 (2004). 住みよい都市・住みやすい地域の要因抽出に関する基礎的研究—カナダ・バンクーバー市と佐世保市を事例として. 調査と研究, 35(1), 228.
- 吉本なを (2009). “韓国と米国におけるナースプラクティショナーの役割” から. 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 19, 5.

