

## 40周年記念講演

### 設立40周年記念式典

# アカデミアを活性化する看護のリーダーシップ

新福 洋子

広島大学 副学長・国際保健看護学教授

日時：2023年7月15日(土) 会場：石川県地場産業振興センター本館大ホール

非常に温かくお出迎えいただき、どうもありがとうございます。また今回40周年というとても大事な記念講演会に私を呼んでいただきまして誠にありがとうございます。大変光栄に思っております。私の方は諸先輩方の前でお話しするのは大変恐縮でもあるのですが、非常に変わった経歴を持っておりますので、そうした経験から今後看護をどのように牽引していったらいいかということも含めて皆さまと時間を過ごさせていただければと思います。よろしく願いいたします。

本日は「アカデミアを活性化する看護のリーダーシップ」というタイトルでお話をさせていただきます。

経歴については今ご紹介いただきましたので省略いたします。写っているのは私の娘で今2歳4カ月になります。絶賛子育て奮闘中でボロボロになりながら日々看護教員と母親と、また国際活動をどうにか回しているという日々を過ごしております。

本日はリーダーシップを中心のテーマにお話ししたいと思っております。まず私の中にリーダーシップが芽生えた起源はアメリカ留学とタンザニアの母子保健研究でありましたので、そちらのご紹介とリーダーシップをその後理論的に勉強したときの内容と、またリーダーシップと実践ということで国内外のアカデミー活動についてご紹介いたします。

まず、ご紹介いただきましたように、私は日本で助産師をした後にアメリカのイリノイ大学に留学しました。イリノイ大学はシカゴにあるのです

が、日本人はどうしても西海岸、東海岸に多いので非常に日本人は少ない環境でした。冬がとても寒くてマイナス30度になったりするのですけれども、非常に勉強に集中できる素晴らしい環境でもございまして、総合大学でしたのでいろいろな学部の授業も履修しておりました。その中で人類学の授業も履修させていただいていたときに、アフリカの研究をやっている先生方の授業が面白くて熱心に聞いておりました。レポートを出しに行ったときに1人の先生に「来年の夏はどうしているのか」と聞かれて「普通にサマーの授業を取っていると思います」と回答したら「じゃあ、授業ではなく私たちと一緒にアフリカに行かないか」と誘われまして、私も当時26歳だったと思うのですが、アフリカに興味を持ち始めていたところだったので、そんなチャンスがあるならぜひ行かせていただきたいということで「イエス」と回答してアフリカに行くことになりました。アメリカでの博士号取得者は人口の1%程度といわれていて、アメリカの大学院教育を受ける中で、リーダーとして社会の困難に対応するような研究をして、リーダーシップを発揮するような活動をしていかなくは駄目なのだというような教育を受けたということもございました。

実際にアフリカに行きだして、私は助産師ということもありますので一番に着目したのが世界の妊産婦死亡率なのですが、アフリカ大陸にやはり妊産婦死亡率が高い国が偏っています。妊産婦死亡率は出産10万対何人お母さんが亡くなるかという計算をするのですが、日本がいつも3、4とい

う数字であるのに対し、私が主にフィールドにさせていただいているタンザニアでは556という数字になっていまして、これは日本の明治時代よりも若干多いぐらいになります。日本の100倍以上の割合でお母さん方が亡くなる、本当にたくさんのお母さん、赤ちゃんが亡くなってしまおうというのがアフリカにおける課題です。

また医療者が出産に立ち会う割合、これは図の赤のところはすごく割合が低い国になっておりまして、こちらの方もアフリカ大陸に赤の国が集中しているのを見て取れると思います。普通にするって産まれてくれれば自宅出産においても問題ないのですけれども、何かあったときにとても病院が遠いので到底搬送が間に合わず、お母さん、赤ちゃんが亡くなるということがございまして、死亡率が高まることにつながってしまいます。

では、どうしてサブサハラ・アフリカにおいてお母さんが亡くなるかという死因ですが、第一が出血で、この大半が産後の弛緩出血になります。その次に高血圧系の疾患で、妊娠高血圧症候群、子癇前症、子癇を含みます。その次に感染症になります。これらは皆さま方も想像が付くと思うのですが、きちんと医療に適切な時期にアクセスすれば亡くなることが防げる原因になります。その次には、危険な中絶というのがアフリカではございまして、望まない妊娠をした若年層が伝統的な医師等に頼んで近代医療ではない中絶の仕方をしてしまって死に至ってしまうというようなことがあり、これは別のアプローチで思春期教育などが必要になるのですけれども、出産時の死因の上位3位の出血、高血圧、感染症に関しては妊婦健診、施設分娩が機能すれば減少は可能です。

では、どうして女性が医療にアクセスしないのか、医療のアクセスが遅れてしまうのかというのは、国際保健の中で三つの遅れのモデルで説明されています。一つは、ケアを求めるのがそもそも遅れてしまう。それには病院に行こうという意思決定をするのが家族であったり、旦那さんであったりするので、女性自身がその意思決定に関わることができないとか、そもそも医療機関が遠いので病院に行くと考えていない。お金もかかるし、前に行ってみたら非常に悪い経験をしたからもう行きたくないなど、ケアを求めるところでまず時間がかかってしまいます。二つ目は、病院に行こうと思ってもやはり物理的な距離が遠い、交通手段が欠如している、道路の整備がされていないなどがあって、たどり着こうと思ってもたどり着け

ないという遅れ。三つ目は、病院にたどり着いたけれども医療者がそこにいない。いるのだけれども他の人をケアしてきてくれない。医療者が判断を誤ってしまって能力が足りないためにケアを受けるのが遅れてしまう。また、薬剤や機器の不足などのさまざまな不足があって、病院にたどり着いたのだけれどケアを受けるのが遅れてしまう。この三つの遅れによってアフリカの妊産婦さんたちは結局適切な医療にたどり着くのが遅れてしまおうという問題がございます。

私は元々東京で生まれ育ち、シカゴに留学して、医療面では非常に恵まれた環境で育ちました。いきなりアフリカのすごく田舎の病院に行こうといった現状があるということを理解して、同じ人間であるのに、同じ女性であるのに、本当に簡単に命が失われていくということに非常に大きな衝撃を受けました。それによって私が心に抱いた思いは、全ての女性が必要な最高のケアを受け、できるだけ健康に出産ができるように、この自分のミッションのために今後研究活動やさまざまなことをしていこうと心に誓いました。

妊産婦死亡の問題というのは、皆さまご存じの持続可能な開発目標（SDGs）の中に含まれております。ゴール3が「すべての人に健康と福祉を」という健康に関わる問題が全て入っているのですけれども、その一つが2030年までに世界各国の妊産婦死亡率を出産10万対70以下に削減するというものです。500を超えている死亡率を、あと7年で70以下にできるかというところ、なかなか厳しいところがございます。世界中を見ると、アジアでも非常に死亡率が下がりましたので、70を目指そうというゴールになっているのですが、アフリカでは達成がまだまだ難しい状況です。もう一つ、開発途上国、特に最貧国や小さい国の地域における医療財政と医療人材のリクルート、開発、トレーニング、維持を持続的に増加させるというのもSDGs（Sustainable Development Goals）のゴールに入っておりまして、先ほど医療人材にアクセスできないので亡くなってしまおうと説明しましたが、この二つのゴールが妊産婦死亡の問題にダイレクトに関わるSDGsのゴールになります。

では、アフリカのタンザニアについてお話を進めていきたいと思っております。タンザニアは、アフリカの東海岸にあります。日本はここです。どういうふうに行くのですかと聞かれることがよくあるのですが、現在は中東経路でドーハやドバイ経由でタンザニアに行くことが多いです。そうすると

トータル20時間ぐらいでたどり着きます。私が過去にアメリカから行っていたときは3回ぐらい経由をして30時間ぐらいかかって行っていたので、20時間で行けるというのは非常に近くなったなという感覚ではあるのですが、普通に考えると日本からアフリカはまだまだ遠くて、よほど何か事情がない限り行こうと思わない場所なのではないかなと思います。

ですので、少し国のことも説明させていただきますと、タンザニアは本土とザンジバル島という世界遺産の島がありまして、合わせてタンザニア連合共和国という名前になっております。人口は6000万を超えたところで、都市部人口が36%とどんどん増えておりまして人口増加率も3%になっています。少子化の日本にとっては非常にうらやましい数字で、というのも合計特殊出生率が4.7と、1人の女性が平均で産む数が5人ぐらいになっております。都市部の方だともう2人、3人が当たり前になっていますので、農村部の人はまだまだ10人、それ以上のお母さんたちもいます。

そして、どんどん人口が増えていって今は6000万人を超えて、2050年には1億4000万人を超えるといわれていまして、日本がその頃9000万人を下回るかどうかと予測されていますので、日本が人口減少に行くのに逆行してどんどん人口が増えていく国になります。公用語はスワヒリ語で、こちらは建国主である初代ニエレレ大統領がアフリカの言語を公用語にするのだということで、他の国が英語やフランス語を公用語にする中、スワヒリ語を公用語に制定しました。タンザニアの人々はスワヒリ語に非常に愛着を持っていて、私もベーシックなスワヒリ語は話せるのですが、外国人がスワヒリ語でしゃべるということを非常に喜んでくれて、スワヒリ語で挨拶をすると非常に親しみを持って関わってくれます。経済的にはGDP/capita\*が1000ドルを超えたぐらいで、低所得国からもうすぐ中所得国に変わるかなというところの段階です。

私が最初、大学院生として行った場所は非常に田舎で、タンザニア北部にありますハイドンという村になります。こちらは第2の都市であるアルーシャ、そしてキリマンジャロ山に近いので、キリマンジャロに登りに行く人が到着するキリマンジャロ空港というのがありまして、そちらに観光客が多く集まります。近くにはンゴロンゴロクレーターですとか、セレンゲティといった世界自然遺産があり、こちらはたまにテレビで放映される

こともあります。私が行っていたのはアルーシャから車で6時間程度、ガタガタと整備されていない道なき道を行きますと、ハイドンという村がございまして、この黄色の丸が付いているところなのですが、そちらに通っておりました。

道中はこんな感じで非常に広大な土地で、タンザニアは国土が日本の2.5倍程度あり、人口は先ほど言ったとおり日本の半分程度ですので非常に広い土地に人が散在して住んでいらっしゃるというような印象を受けます。

道路はこのような形で、まだこれは乾季なので走れるのですが、これが雨季になるとぬかるんでしまって車でも進みにくいという状況があります。

こういった道を行くと本当にしょっちゅうパンクをします。このときも一つタイヤの替えを持っていったのですが、結局2回パンクしてしまったので、途中の道ですと救助を待つということが発生して、夜になるまで救助が来なかったもので、どっぷり真っ暗になって、街灯もないので真っ暗の中、車のライトだけ照らして、ただ車も道がこのような状態だとライトだけだともう真っ白なのです。砂埃がぱっと満ちるので前もほとんど見えない中、山の谷道をガタゴトと進む、非常に怖い経験をしました。

どうにか無事にたどり着いて、たどり着いた先にあったのがHaydom Lutheran Hospitalという、ルーテル教の病院になるのですが、元々ノルウェー人がミッションで建てた病院になりますので、そちらで研究をしている外国人、特にヨーロッパ系の方が非常に多くて、ノルウェー人のミッション関係者の医療従事者が住みついておりました。

私も医療ボランティアとして関わらせていただいて、実際にどのような医療が行われているのかを観察し、一緒に行った人類学の先生に報告をするというようなことをしていたのですが、やはり行ってみると、写真で見たりテレビで見たりするのとなかなか違うのだなというのがよく分かりました。まず行った先は小型のプロペラ機で飛んで行って、妊婦健診、乳児検診をするようなことがあるのですが、ほとんど水場がない土地で、向こうの方々に接したときに最初に感じたのが、非常にユニークな匂いがするというものでした。この匂いは何だろうと聞いてみたところ、水がなくて非常に乾燥してしまうので、動物のミルクをバターにして体に塗って乾燥予防をしているから、その匂いだと教えてもらって、まずそう

ということがあるのかということを知りました。またお洋服も現地のカラフルな布を使ったりもするのですが、牛など動物の皮を使ってスカートにしている場合もあって、そうするとやはり牛の匂い、動物の匂いがしてきました。

水もないので、例えば清潔に関する指導をしようと思っても、まず洗うということがほぼ難しい環境にあるので、なかなか先進国で育ち、水不足に苦しんだ経験がない者からすると、どう指導したらいいのか現地で迷ってしまうことがございました。やはり遠くからデータや写真だけで見ているのと、実際に行って体感してここが違うのだということを実感するのでは大きく違うということを実感して感じた経験でした。

こちらは乳幼児健診および妊婦健診をしている姿なのですが、やはり日本から見てうらやましいことに次から次へと妊婦さん、赤ちゃんがいらっしゃって、助産師、医療者が足りないというのは日々感じるところでございます。特に助産師が1シフトで毎日15~20件のお産を取っていると聞かされたときに、皆さんも「えっ、それはあり得ない」と思うと思うのですけれども、私も夜勤で1回シフト中に3件お産を取ったときがありまして非常に大変だった思いがあるのですが、他の友人に言わせると「私は5件取ったことがあるわよ」とかとおっしゃっていたのですけれども、でも15や20というのは想像を越える数字で、3件の5倍以上の数字のお母さんたちの介助をするというのはもう想像できない労力なのですけれども、それを毎日行っているというのは、日本の医療者の感覚からするとなかなか想像に難いものになります。結局人が足りず、それを一人で回していますので、同時に産まれることもあります。

そうすると、看護学生がお産を介助していたり、本当に人が足りないと掃除のおばさんがお産の介助をしていたり、本当に私から見たらカオスの現状だったのですけれども、そういったことが日々行われているということに非常に驚きました。つまりは、病院の中にも必ずしも安全とは言えないということに、行ってみて気が付いたわけです。

こちらは産まれた後にケアをお手伝いしているところなのですが、やはりケアをするといってもサクションしかなくてインファントウォーマーもなくてというのが見ていただけるかと思います。ここは割と北で、キリマンジャロにも近いので寒い地域になりますので、赤ちゃんが低体温を起こさないように部屋自体に暖房を入れてものすごく

暑くしてしまっていて、中にいる大人はもちろん暑いのですが、インファントウォーマーがないのでそのような体制で行っておりました。本当に提供できるものはわずかなので、あとは赤ちゃんの生命力次第で生き延びるかどうかということとケアをしているような状態です。

これがお産セットになります。必要最低限であることが見て取れるかと思います。臍帯剪刀と、おへそを留めるためのコッヘルが2本入って入っていて、それを輪ゴムで留める、助産院などでよくあると思うのですけれども、クリップとかはないので輪ゴムがぼろぼろと入っています。これで全てです。プラスアルファのたくさんのガーゼだとか、シリンジだとか、そういうものは特にないので、これでどうにかお産を取ることになります。

私も日本で助産を教えることもありますが、こんな感じで分娩のときの台にいかにかこの器具を整頓してきれいに並べるか、それによってお産の最中にごちゃごちゃせずにきちんとお産介助ができるかということをお教えるわけなのですけれども、こんなことは教える必要が全くないわけです。本当に限られた器具しかないのです、これでどうにかお産を取るという方法を教えていくということになります。

一応分娩室は、この病院では四つあったのですが、4人ではなく常に6人とか進行中がいますので、足りない分は廊下にベッドを置いて廊下で出産しているような状況です。右の方は、先生方のご存じと思いますがトラウベで、これが現役で活躍している赤ちゃんの心音を確認する唯一の方法になります。トラウベで心音を確認しながらお産を介助したことがあるという方は、多分日本の今の時代にはなかなかいらっしゃらないと思うのですけれども、実際にやってみると非常に大変です。

トラウベは滅菌されていませんので、自分が滅菌手袋を履いてしまうと、トラウベは滅菌ガーゼなどにくるんで耳に当てておなかにかかるとは思いますが、それをやっている間はおしもが全然見えないわけで、おしもを見に潜りたいと思うとこれをまた置いておしものところに戻って手を当てたいのだけれども、でも心音もやっぱり確認したいと、それを繰り返さないといけなくなるのです。やっている方としては、私自身はやはりCTG (cardiotocogram: 胎児心拍数図)、音で赤ちゃんの心音を聞いていたという経験でお産を日々介助してきましたので、このトラウベで心音を確認

しながらお産を取るといのがいかに不可能に近いのかというのを、これもやはり体験してみることができました。

つまりは、タンザニアにおいては妊産婦さんがとても多い、こういった器具が非常に限られている、医療者の数も少ない、ただ1件当たりにかかる手間が、機器などが少ないがために非常に重たいということも分かり、単に医療者対患者数が非常に多いということだけに限らず、医療機器や資材が少ないということがこんなにも医療に負担を与えるのだということを感じました。

それを経験した後に、私はまだ大学院生として何かができるとい立場におりませんでしたので、何をしようかと思ったのですが、まずはこの現状を世界にお届けしたい、世界に伝えていきたいというのがありまして、特にやはりお母さん方が、私から見たらカオスの中でどういった思いでお産をされているのかを聞きたい、その思いに応じて現状を変えていけないかと考えました。ですので、私の博士論文は、「タンザニア農村部の病院における女性の出産経験の認識」と題し、ひたすらインタビューをしてお母さん方の意識を調査しました。

概要だけお話ししますと、女性の求めていたものとして、HelpとCareの違いということがインタビューを重ねる中で分かってきました。スワヒリ語で「Kusaidia」という言葉がHelpの意味なのですが、最初はHelpの言葉を使ってインタビューをしていました。そうしたら医療者がどんなことをしてくれて、どんなことが嫌だったり、どんなことがよかったりということが出てくるかなと思って聞いていたのですけれども、Kusaidiaで聞くとひたすら医療者が医療介入をしてくれた、帝王切開をしてくれた、注射をしてくれた、点滴をしてくれた、そんな話しか出てこないのです。

もうちょっと看護・助産におけるCareの部分が出てこないかと考えて、スワヒリ語にもっと卓越した人と話をしていましたら「Kutunza」という言葉を使ってみたらどうかということで、これにはCaretakingの意味合いがありまして、この言葉を使って聞いてみますと、家族が来てくれてお茶を用意してくれた、家族がずっとそばにいてくれた、足が震えたから持っていてくれたといった言葉が出てきて、Caretakingの意味合いで、いかに家族からケアを受けた、愛情を受けたということはこの言葉で語ってくれるようになりました。

つまりは現地のお母さんからすると、医療介入

(Help)とケア(Caretaking)というのは全く違った意味合いを持っていて、これを誰から受けるのかというのも別々に考えられていました。日本の助産師からするとこの両方をするのが助産師であるという認識でいましたので、少し残念に思うところもあったのですが、思えばこれだけお産が多くて本当にお産を取るだけでいっぱいいっぱいの現状の中で、一人一人にケアをするというのは相当難しいであろう環境で、いかに家族を巻き込んで、家族からケアを受けられるようにできるか、そこが現状改善の第一歩ではないかということが分かってきました。

さらにインタビューを進めると、最初は、女性たちは皆さん、何かあったのために病院に来た、何もなかったからよかった、生きていたからよかったというようなことを言ってくださいます。やはり周りにたくさん亡くなっている女性がいる環境で過ごしていると、自分は亡くならなくてよかったなというのが本音だと思います。

ただ、本当にこの現状の中でそれだけでよかったと思えるのかということ掘り下げていくと、少しずつ女性もお話ししてくれるようになりました。例えば「看護師を呼んでいたのに聞いてくれなかった。おなかがとても痛かったから看護師に助けてと呼んでいたのに」「看護師は他に行っている間待てと言った。いきむときになって、ちゃんといきまなかつたら頬をぶつと言われた」「助けてと言っているのに、看護師が通り過ぎていくのがつらかった。次の妊娠では違う病院に行った方がいいかもしれない。分からない。もう赤ちゃんを欲しいとも思わないから。だってもう誰も助けてくれないでしょう」というようなことをおっしゃいました。

つまり、国際社会は病院で出産をすることが安全であるという認識から、施設で分娩をするようにということとずっとサポートしていたのですけれども、病院の質が悪いと、またお母さんたちは二度と病院など来たくないと認識してしまって結局堂々巡りになってしまいます。タンザニアにおいては病院で出産する割合は約半数になっておりますので、約半数のお母さんはこういった経験をするために病院に行かないという選択をしています。ですので、本当に医療にアクセスをもらって安全な出産をしてもらうには、病院の中のケアの質を変えていかないといけないということが分かってきました。

2014年に、WHOがこのようなステートメント

を発出しました。「施設分娩中の軽蔑と虐待の予防と撲滅」ということでかなり強い言葉で書いているのですが、私が紹介したタンザニアの例に限らず開発途上国と呼ばれるところでは、多くの場合に似たような現象が起こっている、それを軽蔑や虐待とWHOの方では呼んでいまして、これをなくしていこうと呼び掛ける内容でした。

まさしく私もその動きには賛同しましたので、英語を日本語に翻訳させていただいて、WHOのホームページに載せていただきたいとアプローチし、翻訳したものが今もWHOのホームページに載っております。全ての女性がケアを受ける、最高のケアを受けるというのは本当に最低限の人権の一つなのだということをこの声明では言っているのですが、日本の助産師としてもケアの質を十分に担保できない中で出産が行われるということは、やはり改善していかなければならないと思っているということは、国際社会に向けて発信をする意味でも、日本語版にして発信することをさせていただきました。

その後2016年ごろから、このようなコクランレビューや、「Social Science & Medicine」という医学系で有名な雑誌にシステムティックレビューが載るようになりました。コクランレビューの方は出産で一緒にいてくれる人がどのような人なのかによって経験や認識が変わるといふことの質的研究のエビデンスを統括したものをシステムティックレビューとして発表しています。もう一つの方はdisrespectfulと書いてあるのですが、先ほどのWHOの声明と似た言葉を使っているのですが、サブサハラ・アフリカにおいてそういった望ましいケアではないものを受けているお母さんたちに関する質的研究のシステムティックレビューになります。

両方とも女性の認識や経験（perception and experience）を重要視していて、こちらを改善していかなければならないのだという目的に伴って、このように統合的レビューを出しています。私の博士論文も女性の経験・認識という本当にまさしく同じようなタイトルで書かせていただいたので、この両方のレビューに載りまして、やはりサブサハラ・アフリカでは特にそういった女性のケアの質が問われているというような質的レビューが二つ出されています。

次に出されたのがWHOの新しいガイドラインになります。妊娠期、出産期両方のガイドラインが出されましたけれども、この両方のタイトルに

positive experienceというものが入りました。世界的にシステムティックレビューが生まれ、女性の認識・経験が大事なのだという研究結果が積み上がっていき、WHOの方でも単に出産が安全とか、死なないというだけではなく、女性が妊娠や出産を通していかにポジティブな経験をできるのか、そこを問うように変わってきたということが非常に重要な点です。私も最初にこの質的研究に取り組んだときは、目の前のお母さんたちの現状をどうにか伝えたいと思っていただけで、このような国際的なムーブメントの一端を担えるとは全く思っていなかったのですが、やはり世界的に動いていくことが重要だと思ふ研究者がたくさん集まって、たまたまですけれども、こういった形で事が動くことを実感でき、非常によい経験になりましたし、目の前の患者さんのために、すごく小さなスタディだけでも、自分はこれに真剣に取り組むのだと思ってやっていると、それがこういったことにいづれつながっていくのだというような希望を持つような出来事でもありました。

もう一つお話ししたいのが、WHOに自分が関わっていったときの話なのですが、最初に東京大学でたまたまグローバル・ヘルス・リーダーシッププログラムというのがその当時5年間限定で実施されていました。私もちょうどアメリカで博士課程が終わって帰ってきて、まだ就職するにはタイミングがうまく合わなかった時期で、ポストクとして雇っていただいていたのですが、その時期にこのプログラムがあることを知って参加しました。これがすごくありがたいことに国連機関など、行きたいところにインターンシップに行かせてくれて、それにファンドを付けてくれるというプログラムでした。

これにうまく参加することができてWHOのインドにある東南アジア地域事務局に行くことになりました。そのインターンシップに行く前にいろいろなリーダーシップを取っている諸先輩方からお話を聞くのですが、一番印象に残っているのが、国会議員の古川さんの講義で、メッセージとしては「われただたるをしる吾唯足知」のマークを非常に大事にしていまして、リーダーというのはやはり自分のために何かを求めめるのではなく、自分は十分だから、人のために、社会のために何かをするというのがリーダーなのだということを教えてくれました。

また、WHOに行った際にも、途上国というのは今までもお話ししたとおり、日本人がびっくりするような質の医療が今でも行われていることが

あるのですが、それに対して「そんなのでは駄目だ」「こんなのは医療とは呼ばない」などと批判をするだけだと、現地の人もそれなりに一生懸命その環境でやっている中でやる気を失うだけで何も改善できないわけです。そうではなく、それをどのようにサポートできるかというところが大事なのであって、WHOの中では、国と地域をどうやってサポートできるかを考えていかなければいけないということを学びました。

実際にインドのオフィスに行ってみますと、当時は看護・助産ユニットが存在していたのがこの地域だけだったのでこの地域に派遣をされたのですが、WHOは皆さんご存じのとおり、国連システムの中での保健を指揮し、調整する当局という立場で、日本における厚生労働省のような活動をしています。

今東南アジア地域事務局と言いましたが、地域事務局は世界に六つありまして、一つヘッドクォーターがあって、その下に地域事務局が位置付いていて、その下にカントリーオフィスがあってとそのような位置付けになっています。インドのニューデリーに東南アジア地域事務局があります。日本は西太平洋地域事務局に属していますので、日本の管轄はマニラのオフィスになります。

行っていた当時、SEAROと呼ばれるのですが、東南アジア地域事務局には11のメンバーステーツがありまして、国や地域と呼び方がいろいろなのでメンバーステーツと呼ばれますけれども、もちろん政治的なこともあると思うのですが東南アジアにプラスして北朝鮮が入っているという構成になっています。

このインドのニューデリーにあるオフィスがこれなのですが、当時はFamily Health and Researchというデパートメントの中にNursing & Midwifery Unitというのが存在していて、そちらに派遣されました。

この方がスーパーバイザーで、彼女も看護・助産の専門の方で、タイ人なのですが、アメリカで教育を受けて大学の先生をした後に保健省で働いてWHOに来たという経歴の方でした。彼女が、先ほど申し上げた批判ばかりではなくサポートをするのだということを教えてくださいました。彼女の行くフィールドワークについてくるかと言ってください、一緒にフィールドワークに行くことになりました。

東ティモールのフィールドワークに行きましたが、東ティモールはインドネシアから独立したばかりの小さな島国で、周りが海に囲まれた国です。

独立してまだまだ時間経っていないときでしたのでWHOオフィスもこのようなプレハブになっていて、周りはまだまだ壊れた建物がたくさんあり、独立戦争の爪痕がたくさん残っていた時期でした。一人で出歩くのは禁止でしたので、WHOの車に乗って移動していました。中はエアコンも効いて電気も通って快適なオフィスではあったのですが、まだまだこれから国が進んでいくという本当に国の成り立ちの初めの時期に伺わせていただきました。

当時、今もなのですが、東ティモールではコミュニティアウトリーチ活動に非常に力を入れており、これがSISCOと呼ばれるシステムでIntegrated System of Community Healthというのですが、現地の集会所のようなところに看護師、助産師が訪問して、このように赤ちゃんを連れて来てもらって、この女性は若い双子ちゃんのお母さんなのですが、成長発達を診たり、予防接種をしたりということをしています。

2002年に国として独立して、私が行ったのがやっと10年経つかどうかぐらいだったのです。そうするとまだまだ看護・助産に特化した政策はなかったですし、つまりはきちんとした国としての免許制度や国としての看護の基準というのがなくて、当時は私立の看護学校といわれる認定がない学校がたくさん建ってしまったたり、質のコントロールが非常に難しいことが課題に挙がっていました。

また言語も、国が独立して変わっていく時期というのは非常にいろいろな国が支援に入るのですが、最初はオーストラリアが支援に入っていたので看護教育は全て英語で行われていました。ただこの後ブラジルが支援に来るということで、ポルトガル語に変えないといけませんねというような話になったりして、英語とポルトガル語を急に替えて専門教育をするというのはなかなか日本人からすると想像し難いのですが、多言語使用による現場の混乱というのも非常に大きかった時代になります。

それに伴って、あらゆる健康指標がまだまだ低くて、この地域ですとタイとかスリランカは非常に健康指標がよかったです。本当に底辺にいるという国の状況がありました。国が混乱している時期というのは本当に専門職もそれに振り回されるのだということが分かりましたし、まず政策をつくってきちんと看護の制度をつくるころからなのだなというのが東ティモールの訪問で感じ

たところでした。

対照的に、スリランカにフィードワークに行ったときはまた全然異なった雰囲気でした。スリランカも市民戦争が2009年までありましたので、国の中で動乱があったという点では同じで、しかももっと近年まであったので、一緒に動いていたWHOの先生もこのような国連のプロテクターをして回っているような状況でした。非常に看護・助産のシステムは整っていて健康指標も高いまま維持されていました。お話を聞くと、やはり地域にPublic Health Midwivesという人たちがいて、この方々が妊産婦さんが出産するまでケアをして、出産は病院でして、帰ってきた後にまた赤ちゃんの健診だとかワクチンはこの方がするという仕組みが整っていました。村の方にも1村1midwifeというような形で配属されていましたので、非常にケアが行き渡っていました。ですので、国に何か動乱があっても、看護・助産のシステムがきちんとしていて、ケアがちゃんと行き届いていれば、健康指標はそんなに崩れずに高いまま維持できるのだということを学んだ経験でもございました。これがWHOに関わらせていただいた経験になります。

またタンザニアの話に戻りますが、タンザニアの現状を見て研究をした後に、次に何をしようかというので、母校の聖路加国際大学に帰ってきて先生方に相談したときに、やはり日本の助産を見て学んでいただくのが一番ではないかということで、タンザニアの助産師さんおよび助産の先生方に日本に来てもらうような交流事業を立ち上げました。そちらで助産院を訪問したり、またJICAのプロジェクトで人間的な出産の事業に派遣されていたらっしゃった毛利多恵子先生にご講義いただいたりしたところ、タンザニアの助産師さんたちも「私たちもこれが欲しいんだ」「これがやりたいんだ」と言ってくれて、タンザニアの方でも教育課程に組み込んでいくという話が盛り上がりまいました。

JICAの人間的な出産のプロジェクトというのは、1990年代にブラジルで非常に帝王切開が多くなっていて、これをもう少し助産の手を強めることで改善できないかということで日本の助産師さんたちが現地に派遣されて、ハンズオンケアを現地の看護師、助産師に教えたという事業になります。女性が本来持っている出産する力、能力を引き出す、自然出産のための準備をする、寄り添う、手を差し出すケアをする。これをしますと、これま

で非常にお母さんたちは痛くて叫んでいてすごくうるさい分娩室になっていて、それに医療者は圧倒されて帝王切開にしようというのを繰り返していたようなのですが、そうではなくてハンズオンケアをすると、そこまでお母さんたちは叫ばなくなって、お母さんたちが静かだと医療者も落ち着いてケアを考えたり治療方針を考えたりできるということで、まずお母さんたちに落ち着いていただくようなハンズオンケアの重要性を現地の人々にご理解いただくような内容になったと聞いております。

こちらの内容については、現地での専門家であった三砂ちづる先生が「The Lancet」誌にコアの概念を載せていまして、やはり大事なのは女性の主体的な参加と意思決定にあると。医療者もきちんとエビデンスに基づいた実践を行うこと、また医療者と施設の分権システム、つまりは誰が偉くて誰が弱いというヒエラルキーのあるシステムではなく、きちんとそれぞれに分権化されていて、地域に根差したプライマリケアが大事であるということ述べていました。

この人間的な出産の概念に基づいて、2日間タンザニアでセミナーを行うことになりました。

最初に人間的な出産、ハンズオンケアの話をすると、どうしても課題が浮かび上がってきました。助産師たちがおっしゃったのは、医療施設も不足しているし、資材も不足しているし、人も足りていないのに、そんなハンズオンケアなんてする時間がない、難しいということです。

ただ、若い助産師たちの中には教育を受けて非常に意識の高い方々もいらっしゃって、この写真の右上の方が「We can do it! (私たちができるよ!）」と言ってくれたのです。こういった人間的な出産というのは、何かすごくお金がないとできないということではなくて、われわれ助産師が意識を変えていくことで少しずつ取り組んでいけるのではないかと。日本や元々統治国であったイギリスからお金をもらってどうのこうのという話ではなくて、自分たちの限られたリソースだけでも、それで少しずつ変えていこうよとスピーチしてくれたのです。私は彼らのカオスな現状を見て、たくさん亡くなる現場を見てきて、非常に悲しい、ショッキングな思いをしていたので、この一人の助産師さんがこんなふうに言ってくれたことに非常に感銘を受けました。彼女の声から、ではこういうふうに変えていこう、現場のリーダーにまずこれを届けようというふうには、少しずつ現



場の声が変わってきました、助産師さんたちがポジティブにこれを取り入れていく方向で話をしてくれたというのがこの2日間のセミナーの大きな成果でした。

このような結果に終わったので、タンザニアでも人間的な出産を推進できるのではないかと結論付けまして、多少時間がかかったのですが、タンザニア初の助産学修士課程を設立して、そこで女性を中心としたケアや人間的な出産を教えて、助産師リーダーたちに国の中で現場を変えてもらう、そんな修士課程にしようということで日本とタンザニアが協力関係になってカリキュラムを立ち上げました。

私もコロナ前はしょっちゅうタンザニアに行っては、このように教えて、演習をやったり講義をやったり、学生にプレゼンをしてもらったりということを繰り返しておりました。

もう一つ、助産師たちの改善もそうなのですが、次は妊産婦さんに病院に来てもらうような活動をしていかないと、病院の中がよくなっていても結局妊産婦死亡率は変わらないので、お母さんたちに医療にアクセスすることの重要性を理解してもらうような教育をしていこうということで、次は研究として教材開発をすることにしました。重要に思っていたのが、何か危険があってリスクがあって合併症になってから病院に行くのでは手遅れになってしまうので、正常を保つ、いかに健康な妊婦生活を送って出産をするか、合併症をいかに予防するかです。また、さまざまに出産に関するエビデンスはありますが、どうしても西洋でつくられてガイドラインになっているのが現状ですので、それをいかに地域のコンテキストに合わせて教えていくかということが課題でした。私の博士課程での質的研究に合わせて、それに沿ったストーリーを作って、紙芝居を作って、お母さんたちに「こういったときは危険なのだよ」「こういう準備をしたらいざというときに病院に行けるのだよ」というような内容で教育をいたしました。

この教育をした地域とそうでない地域をフォローアップして1年後に比較したところ、教育をした方がヘルスセンターを知っている、病院に行く人を決めている、女性が家族と出産場所を決めた、4回以上妊婦健診に行ったという割合が有意に高くなりました。結果、出血・発作、帝王切開、児の合併症が有意に減りました。もちろん限られたサンプルで行っているものなので限界はありましたが、本当にシンプルな教育で結果が見

えてきたというところで、教育による効果はなかなかあるのではないかということを感じ始めたというのがこの研究の成果でした。

ちょうどその頃、私ももっとリーダーシップを身に付けて学びたいと思っていたので、タンザニアで物事を変えていくに当たっても、どういうふうによりリーダーシップを発揮すればいいのかということを知り始めました。『リーダーシップの旅：見えないものを見る』（野田智義、金井壽宏著）という著書に当たったのですが、その中で私が非常に気に入っている節があります。「リーダーシップの旅を歩む私たちは、人に助けられ、支えられる中で、自分が人を活かしているのではなく、人に自分が活かされている、そしてそのことによって自分はさらに行動できるのだという意識を持つ」「利己と利他が渾然一体となり、『自分のため』が『人のため』、『人のため』が『自分のため』と同一化する中、リーダーは、自分の夢をみんなの夢に昇華させる」という言葉がございました。これが私の描いていたリーダー像に非常に近いなと思ひまして、リーダーとは自分の夢を一人で突っ走って進めていくのではなく、周りと一緒にその夢を温め、広げ、一緒に進めていくことが大事なのだ改めて感じることができました。

またリーダーシップについてさらに学びますと、リーダーシップにはシップとスキルがあるということも教えていただきました。シップというのは情熱やあきらめない思いのところですか、発揮している部分もたくさんあると思うのですけれども、患者さんのすぐそばにいて、これでいいのかなとか、変えていかなければといった、日々抱える思いです。それがリーダーシップのシップの部分です。

もう一つ、リーダーシップにスキルが必要であると。思いだけではなくて、その思いを伝えて実現していくための具体的な手法が必要であるということを知りました。実は、スキルというのも看護職が日々病棟で業務をしている中でも多職種協働していたり、申し送りや後輩育成をしていく中で、他者に伝えるということを行って行っています。ですので、実は看護職というのはリーダーシップのシップもスキルも得やすい環境にいると私は感じておりました、私の強みとしても、臨床経験があり、患者さんや支えたい人のすぐそばにいて、病棟や看護教育で学んできたスキルがリーダーシップを発揮するのに

生かせるのだ、これは改めて何かを学ぶというだけではなくて自分の持っているスキルをリーダーシップに向けて使っていけばいいのだと思うことができました。

その後、研究をどのように発展させたかというところ、私がずっと毎度毎度田舎の村に行って紙芝居教育をするというのはあまり現実的ではないので、これをタンザニアに広まりつつあるスマートフォンアプリに変換することで、誰でもアクセスできるようにできないかというのが発想でした。

まず作った紙芝居は、スワヒリ語で音声をつけて動画教材にしまして、また近年新しく出た positive experience の WHO ガイドラインの内容を応用しました。ガイドラインというのは本当に研究結果がまとまっているだけなので現場からすると非常に使いづらいのです。例えばこれらの研究をまとめると、鉄分が何ミリグラム必要であると書かれていても、看護や助産の現場でそれをどのように使えるのか、なぜこれが重要なのかというのが伝わってこないのです。ですので、その辺りは日本の助産教育や経験で学んだことを付け足ささせていただいて、貧血予防がなぜ大事なのか、何ミリグラムを現実に摂ってもらうには、どのようにお母さんに伝えればいいのかという why と how の部分を足して WHO のガイドラインを簡単に助産師たちが使えるように変えました。

また、助産師たちが何か困ったときに相談できるソーシャルメディア、SNS を付けまして、コメントをしたり、いいね！を付けたりコメント返しをしたりという機能を付けました。このアプリにアクセスした人たちをデータとして細かく追えるので、研究として最終的に論文にするときも非常にやりやすいアプリになりまして、それを開発してくれたキャストリア社（アプリの開発会社）と組んでこのアプリの継続的な開発をタンザニアの方で進めております。

まずこの作ったアプリをスマートフォンを持っている助産師に使うことでケアを改善していけないかと思って、アプリをタンザニアのダルエスサラームのヘルスセンターの助産師たちに使ってもらうというパイロットスタディを行いました。実施に当たっては必要なデータ使用量を提供したり、十分なオリエンテーションをして研究目的や使い方を十分に把握していただいてから行いました。

2 カ月後まで使用率をデータで追ってみますと 90% 近くが 2 カ月後も学習を続けていたことが分

かりました。助産師はやはり専門職で、学ぶことに対してのモチベーションが高かったということと、実は他に全然教材がなくて教科書なども一人一人買えませんので、教材として非常に有益だったということと、アプリの教材というのが初めてで珍しくて使ってみたかったというようなこともあって、非常に高い継続率が維持できました。

使用前後に知識を問うミニクイズも行いました。これも有意に改善が見られました。

実際に使用感についてフォーカスグループインタビューで質的にデータも取ったのですけれども、非常によかったと言っていたのが、アプリ自体が手元にずっとあって、いつでも知識を確認できて、自分が病院ではなくてバケーションで近くに妊産婦さんがいたときにも、スマホを持っていることでその知識を使えたから非常によかったということでした。また、最終的にはソーシャルメディアで人とやりとりできたのが楽しかったから使っていたというようなことを言ってくれたのです。実は私も質問が来たときに必ずコメント返しを日本から行っていたのですけれども、「誰か白人の女の人なのだけれど、非常にこれをしていて…」と、このインタビュアーは私だと分かっていたので「洋子でしょう？」と言って、「そうそう、洋子さんという人がいつでも、夜でも質問に答えてくれてすごく楽しかったのよ」というようなことを答えてくれました。

タンザニアの助産師たちも何か困ったときに相談ができたり、自分たちの環境に興味、関心を示してくれる外国の人がいる、何かつながって一緒にやっていくのだという感覚があると、こういうセルフラーニングツールを継続して使い続けることができるのだということが見えてきました。特に最近では、アプリの介入というのが増えていますが、セルフラーニングだとどうしても心が折れたり、途中で飽きたり、つまらなくなってしまうということがあるのですが、それを乗り越えるには、誰かと一緒にやっている感覚というのが非常に大事で、もちろん文化もありますので他の国ではまた違うかもしれないのですが、タンザニアにおいては助産師同士で何か会話ができるというのがセルフラーニングを後押しすることになったということが分かってきました。

これは一緒にアプリを開発したキャストリア社の鈴木さんという方が、私は当時出産もありましてなかなかタンザニアに行けなくなったということがあって、私の代わりに現地に行ってくれてい

ました。彼女の目から見ても、やはり妊婦健診はとて混んでいてごった返して、すごく待ち時間が長い。助産師さんたちも、まず紙のカルテを探すのに時間がかかっていて、業務が全然効率化されていない。妊婦さんたちが直接情報を得られるようなツールも何もないというのを、現地を観察していて感じて、私が作っていた教育アプリの他に、このような課題を解決する別のアプリを作りたいと提案してくれました。

それがもう一つのアプリになるのですが、Personal Health Recordと呼んでいて、簡単にいうと電子母子手帳です。助産師さんが診察した内容をスマートフォンからアップして、クラウド上にデータがあるのですが、そちらを妊産婦さんが自分のデータにアクセスできるというのが大まかな仕組みです。ここに母子手帳にあるような知識を載せることもできまして、そういった教育ツールをクラウド上に載せることができると、これまで助産師さんが1対1で妊産婦さんに何かを伝えなければならず、正直それができていなかったというものが、クラウド上にデータ、教育内容がありますので、妊産婦さんが自分たちでアクセスできるし、助産師さんたちもそこにアクセスできるし、線につながっていたものが面と面で、妊産婦さんも助産師さんもつながることができる、こういうネットワークにすると助産師1人に来る仕事の負担が減るのではないかという発想でこのアプリを作っています。

もちろんこれは電カルルの代わりにもなるので、紙のカルテを探すという時間も減らすことができます。こちらが画面ですが、最初に「赤ちゃんの状態」をクリックすると、今あなたは何か月で、出産予定日はいつでと出てきて、さらに赤ちゃんの細かいデータ、お母さんの細かいデータにアクセスできます。例えばお母さんの方には体重データと血圧データがぱっと図で出てきて、これは模擬のデータなのでおかしい形になっていますが、異常値がぱっと分かる、視覚的に数値が追えるようになります。これにもやはりコミュニケーションがタンザニアの方は大好きなのでSNSで情報交換できるBBS、掲示板のようなものを作りました。

そうすると、今、日本ではツイッターなどでお母さんたちは情報交換ができますが、どうしても変なプライが付いたりして不快な思いをすることがあるのですが、これはお母さんたちだけのツールになりますので、そういうことが起こりにくいのと、お母さん同士でも解決できない悩みや、

フェイクニュースのようなものが流行ってしまうといけないので、助産師がこれを観察していて何かあったら介入するというような仕組みで行っていました。

実際に病院でお母さんたちにダウンロードを始めたら、タンザニアでは実は最初の健診にお父さんが必ず付いてこないといけないというルールに近年変わらして、お父さんが必ず来ています。お父さんたちもこのアプリを自分も欲しいと言ってきて、お母さんの了承の下で一緒にダウンロードしてもらうようにしました。そうするとお父さん方も今の自分の奥さんと赤ちゃんが何か月でどういう状態なのか学ぶことができたり、いろいろな情報が入るようになります。これまでお父さん向けのこういう教材は全くなかったのが、非常に真面目に一生懸命学んでくれていました。これは全く研究目的として入れていたわけではないのですが、副次的な効果として男性の参画を促すという効果も出てきて、アプリの良い効果の一つであったと思っています。

こうした元々の発想は私自身というよりは、鈴木さんがしてくださったのですが、『リーダーシップの旅』にあったような、私が思い描いていた夢に鈴木さんの夢と一緒に重なって、こういう新しいアプリの開発につながって、ひいてはお父さんたちにまで届くということが実現されていきました。

もう一つ、Beatriceさんという方のリーダーシップなのですが、彼女は私が聖路加にいた頃に現地のムヒンビリ大学と連携して助産学修士課程が開発され、教えに行くという連携事業を始めていたときに、ちょうど聖路加の中で海外から留学生を受け入れるという仕組みが始まり、連携先であるムヒンビリ大学から誰かを呼んでこうとなりまして、当時修士が終わってその場にいたBeatriceさんが日本に派遣されることになりました。博士課程の留学生として3年間いたのですが、修了してムヒンビリに戻って講師になりまして、彼女も非常にリーダーシップを発揮し始めまして、遠隔地に妊婦健診を届けるためにモバイルクリニックを始めたいと言いついたのです。そして、自分でドイツからファンドを取って車を借りてモバイルクリニックを始めました。これを1年くらいやっていたのですが、ドイツのファンドが切れそうだということで、どうにか日本の方でこれ続けられるファンドはないかと相談を受けて、これまでトラウベであれだけやりにくかった心音

観察を、CTGを入れてもっと赤ちゃんを観察できるようにモバイルクリニックでできないかと話し合いました。妊娠期なのでNST（Non-stress test）になるのですが、健診にNSTを登載して、より状態の悪い赤ちゃんを持つ妊婦さんを見つけて搬送することでアウトカムを改善していこうという話になりました。

この話がちょうど、iCTGと呼ばれるモバイル胎児心拍モニターをつくっているメロディ・インターナショナルさんとつながりまして、2022年度のAMED事業で、私と広島大学とキャストリア社とメロディさんが3者で一緒に行く共同事業として走り始めています。このモバイルクリニックはこの8月からとうとう動き出す予定で、この8月にうちの助教さんと研究員さんが一緒にタンザニアに行ってくれますので、実際に車を整備して中身を整頓して、現地の医療者を教育して始めるという段階まで来ております。私の描いていた夢がキャストリア社につながり、メロディにつながり、Beatriceにつながり、私たちの研究室の構成員にもつながり、みんなの夢として大きな事業が今動き始めていて、リーダーシップでみんなにつながって進めていくことの実現ができてきたなと思っています。

では、もう一つのテーマになりますが、国際的、国内的なアカデミー活動をしているということも冒頭に申し上げました。そのことについてお話ししたいと思います。この言葉は、WHOコラボレーションセンター学会のときに、当時のChief Nursing OfficerであったElizabeth Iroさんがくれた言葉なのですが、“If you don't have a seat at the table, bring your own chair.”という言葉で、看護職・助産職はこういったハイレベル会合のような場になかなか呼ばれないということがあります。でも、自分たちがそこに届けられる、何か貢献できると考えるのであれば、自分で椅子を持って行って、そこにポジションをつくってでも、ちゃんと参加するべきだとおっしゃってくれています。

そういった言葉に励まされて、私は2017年から日本学術会議の若手アカデミーに所属しています。最初は日本学術会議が何なのかも全く分かっていなかったのですが、日本助産学会の諸先輩に「若手の集まりがあるみたいだから、新福さん、応募してみてください」と言われて「はい、分かりました」と言って応募してみたところ、それが日本学術会議であって、とても優秀な若手研究者たちが集まっていて、そこに私がぽんと入れてもらえることに

なりました。

この中で、24期になったときに誰か副代表をやってくれないかということがあり、私は国際委員長ぐらいならやってもいいよと手を挙げていたのですが、委員長と言わず副代表をやってよという話になりまして、最終的には分かりましたということで合意をしたのですけれども、なかなかこういった研究者の学際的な団体の中で、看護・助産がそもそも入るとということが当時珍しかったですし、そこでリーダーシップのポジションを取るということも全く予想されていませんでした。私自身も予想していませんでしたが、せっかくお声掛けいただいたので、元々なかったようなチェアに急に座れることになったので、せっかくならやってみようということでさせていただきました。

日本学術会議若手アカデミーが何をやっているかということ、まず研究者同士の横のつながりというのがまだ非常に薄いのではないかと、非常に分野が細分化されていて、自分の分野の中では知り合いもいるのだけれども、違う分野になったら全然話したことがないということがよくあるかと思いますが、同じ若手研究者である限り、似たような課題や抱えている思いがあるはずだということで、横のネットワークをつくって科学者同士がつながるといったことがあります。また近年科学者、大学の先生と一般の市民の方が何か一緒に行くという機会がすごく減っていて、何か大学に期待することはありますか、科学者に期待することはありますかといろいろな方に聞いても「へっ？」という感じで、一緒に何かをやるという感覚がないのが一般だと思っています。一般の方にも一緒に科学というものを考えていただいて、一緒に課題を解決していこうということで、市民とともにつくる学術というのを広げていこうという取り組みと、もう一つが若手アカデミーは海外にも実はたくさんありますので、日本のアカデミーと海外のアカデミーとつながって、国際的なネットワークに参画していくという活動があります。

私は主にこの国際的ネットワークの活動に参加させていただいているのですが、その主なものがグローバル・ヤング・アカデミー（GYA）という世界の若手アカデミーの団体で、200名の現役メンバーで構成されています。5年間の任期があり、それを終えるとalumni（卒業生）になりますので、そのalumniのネットワークが広がっていて、今500人ぐらいの人数になっていると思うのですが、alumniになってもいろいろな活動に参

加できますので、どんどん世界中にネットワークが広がっています。

私も当時せっかくGYAに入れていただいたので、リーダーシップの選挙がありまして、ちょっと出てみようかなということで選挙に出まして執行役員の1人を担っていました。科学者団体というと、看護の外に出るとほとんどが男性なのですが、GYAにおいては非常に女性活躍が推進されていまして、この当時はほとんどが女性で男性がポツポツといるというような執行役員の体制になっていました。また、この団体の中でも看護・助産のメンバーは1人でしたので、私がどんな活動をしていて、どんな研究をしているのかをお伝えすることで、世界中の科学者たちに看護・助産は研究をきちんとやっていると、科学者の1人であるということをアピールしてまいりました。

GYAのことを少しお話しさせていただくと、ビジョンとしては“Science for all; science for the future”ということで、若手として未来をつくっていく。また、若手研究者というのは概して国の中でなかなか声を拾ってもらえなかったり、力が弱いということがありますので、“To give a voice to young scientists around the world”というのがミッションになっていまして、そういったなかなか声を上げづらい環境にいる若手科学者の声を世界に届けていくということをミッションにしています。

こちらが最新のデータになると366人alumni\*\*がいまして、100カ国からの参加があります。こちらは個人個人で、自分でアプリケーションを出すのですが、研究の卓越性だけでなく社会に対するコミットメント、サービスというところが問われていて、平均は40歳前後になるのですけれども、5年のメンバーシップで5年後にはalumniになるというような仕組みになっています。

学術分野においては、元々は自然科学が多かったのですが、今はソーシャルサイエンス、アプライドサイエンス、人文系も少しずつですが増えてきていて、分野の多様性も広がっているところです。

男女比に関しては多様性の重視というのがありまして、元々は男性対女性が3対1ぐらいの比率だったのですが、今や現役メンバーは女性の方が多くなっていて、また、ノンバイナリーや明かしたくないという方もいらして、そういった方もきちんと自分の性自認を大事にさせていただくというポジションを取っています。

何をしているかということ、いろいろな学会やフ

ォラムなどに参加して若手研究者の声を届けるというのがメインの活動にはなるのですが、文章での冊子も作っていますし、共同研究を一緒にやる場合もあります。一番大きな活動としては、若手のリーダーのネットワークをつくっていく、そして何かあったときにみんなで対処をしていくということをしていて、例えばコロナがあったときには若手科学者として、コロナに関するフェイクニュースが当時流行ってしまっていたので、そういったミスインフォメーションに対する若手科学者の考えを発出したりという活動もしていました。

これも始める前に最初に集会に参加したとき、サイエンス・リーダーシップ・プログラムという、これもリーダーシップを学ぶ機会がございました。

ここで学んだリーダーシップというのも非常に面白くて、ここではコレクティブリーダーシップを非常に大事にしています。ここに六つのリーダーとしての特性があるのですが、例えば他の人を活動中にインスパイアするとか、問題に関わるソリューションを開発するとか、ゴールをきちんと調整して方向性を出していくとか、問題や強みについてアセスメントをする、多様な認識を集める、状況やネットワークを理解するという六つのリーダーシップのスキルがあります。これ全部を1人が担うのではなく、この中で自分は、何が得意で何が得意ではないかということの内省して、自分の強みは生かしていき、自分が強みではないところは、他にその強みを持っている人を探して一緒に組んでリーダーシップを発揮していくということが大事なのだという考え方になります。この話をする、リーダーというのは完璧にみんなを引っ張っていける人ではないとリーダーになれないと思っていましたと書いてくれる学生さんが多いのですが、そうではなくて、リーダーもちろん完璧な人間ではないので、自分はどこが強くて他の誰かがここを担ってくれるというような、一緒に、コレクティブにリーダーシップを発揮していけば、社会の大きな問題も一緒に解決していけるよという考え方になります。私自身も自分の強みは、国際の場に行って若手研究者はこんなことをしているのだと伝えて、インスピレーションを出していくことだと思っているのですが、細かい作業や方向性を出していくというところはもっと強い人がいるので、一緒に組んでリーダーシップを発揮していこうと考えています。

一つは、G7のアカデミー会合というのが毎年G7会合の前に行われて、これは2019年のときな

のですが、フランスが主催国でしたので私たちもパリに行って若手研究者育成に関する課題や、若手研究者の声を世界中のハイレベル会合に届くように意見を出しました。やはり各国のアカデミーの代表、ノーベル賞受賞者が集まるところなので、従来は高齢の男性、特に白人と呼ばれる方々が多かったのですが、その真逆である私は非常に目立つ立場にありましたので、そのときは会長さんも気に掛けてくれて、若手として意見を言ってください、若手アカデミーで何をしているか教えてくださいと、発表の場を設けてくださいました。そういった国際会議での発言をいろいろな場で繰り返してきたのですが、国内でも当時の政務官や科学技術担当大臣とお話する中で、この当時、若手研究者支援に関する政策議論が進んでいまして、2020年に内閣府から若手研究者支援の包括パッケージが公表されました。私たちの意見を存分に取り入れてくださって、これによって博士課程の支援金が非常に増えましたが、これは包括パッケージによって推進されたものになります。

もう一つはGYAの総会、学会を日本で開催したいというのをずっと先輩方も思っていたのですが、やはり予算組みが難しい、こういった研究活動ではない、学際的に研究者が集まるような活動のための資金集めは非常に難しかったです。たまたま当時私がGYAの執行役員であったときに活動資金の目処が立ちまして、日本で開催しようということになり、2022年に開催することになりました。

コロナによって延期されたりいろいろなことがありましたが、2022年6月、招致当時の代表が九州大学の人だったので、本部を九州大学に置いて、「感性と理性のリバランス：包括性と持続性に向けた科学の再生」というテーマで会議を行いました。当時、外国の方の入国制限がまだあった時期なので、外国の方はハイブリッドで入っていただいて日本の参加者は九州大学に集まる形にしました。結果としては791人、80カ国の参加がありまして、みんなで市民とともにつくる科学とか、持続可能性に向けたキャンパスの在り方とか、科学者のクリエイティビティの重要性とか、若手科学者が社会に貢献するとはどういうことかというところで議論をしています。

少しご紹介しますと、活動の一つとして科学的助言ワークショップ「政策作成のための科学的助言：課題と今後の発展」を開催しました。私たちも内閣府や文科省との対話を続けておりますが、

先輩で科学技術の顧問をされたりという経験がある方もいらっしゃるので、そういう方々と一緒に若手メンバーがグループワークをしながら、どういったことが大事かを話し合うようなワークショップを行いました。

プレナリー1として「社会の中の大学：持続的に包括性のある社会を実現するための公共プラットフォームとしてのあり方」ということで、GYAの共同代表たちと日本においては山極寿一先生、平田オリザ先生、九州大学のキャンパスづくりをされた坂井猛先生にもご登壇いただいて、いろいろな話し合いをさせていただきました。

プレナリー2としては、これは主にGYAのメンバーが多分野で議論したのですが、科学者の社会への貢献に向け、感性と理性の調和を再考する」ということで、やはり論文に偏重されて、論文を出すことばかりにとらわれた科学者たちが社会に貢献することを忘れないように、どのようにしたらいいのかということを手科学者と、サイエンスクリエイティビティで多数の著書を書かれていますDennis Sherwood先生をお呼びして、一緒に議論するというのをいたしました。

また多彩なサイドプロジェクトを設けて九州大学の方に高校生をたくさん集めて英語ディベートなどいろいろなワークショップを行いました。

また、感性と理性をテーマにしていたので、アートの先生にたくさんご参画いただいて、これは植物の一年時計を作って、植物の多様性と季節の移り変わり、持続性といったところを表現していただきました。

これは子どもたちに参加してもらって季節の花時計を作っている様子です。

アートガーデンって何だろう、生物多様性って何だろうというのを一緒に考えていただくようなアート作品になればということで、制作サイドからもメッセージを頂いています。

こちらのアートガーデンの動画はYouTubeにありますので、すごくきれいなプロフェッショナルが作った動画ですので、ご覧いただければと思います。

もう一つ、講堂の前にすごく大きな、電気がたくさんぶら下げられているようなモニュメントが作られてまして、電球が1回だけしか光らないのですが、99個不規則なタイミングで1回きり発光するというアートがあって、この1回きりというところが科学のファクト性、リアル性を手段として用いて事象の不確定性を伴わせることで、感性、

インスピレーションを表現しているのではないかと、このようなアート作品も大きく展示いただきました。どのように光るかという動画です。本当にこれは1回だけで、海外から取り寄せた電球で1回しか光らないのですが、光るときは本当にすごい、強い光が出て、非常にきれいなモニュメントでした。

他にも実はこの大会に合わせたテーマ曲を作ってくださいまして、それをデジタルアートとともに最初の開会式で皆さんに見ていただきました。特に生物との共生・共存をテーマに書いていただきまして、この曲を大会中いろいろなところで使わせていただきました。

終わった後にはカンファレンスステートメントを出しまして、昨年11月に最終版が出たのですが、科学というのは今オープンサイエンスという言葉もありますが、形式的にオープンになっているだけではなくて、一般市民の方が実質的にアクセスしやすく魅力的なものにしていかなければならないということと、社会のために市民の知恵と科学的知識を統合していくことが必要です。また、キャリアの浅い科学者のリーダーシップ能力を育成して、そのような努力をする人を奨励し育成する仕組みをつくっていかなければならないと書かせていただいています。

その1例として、今、若手アカデミーがNHKとコラボしているのですけれども、本当にオープンなだけではなくて魅力的にする、また知識を統合していくという点で、一般市民の方もいろいろな知識や思いを持っている、例えばセミであればセミの写真をたくさん集めていただいて、科学者が「この種類のセミがこの場所に多くいますね」という分析をして、皆さんと知識を共有していくというような試みがNHKとコラボして進んでおります。

このような、看護・助産に限らない、いろいろな活動をさせていただいておりましたところ、2019年、コロナが始まる少し前ですが、国連の科学における女性と少女の国際デーのスピーチに来てくださいと招待状を受けまして、何のことか分からなかったのですが、行ってみたところ国連の本会場で、よく大統領などがスピーチする会場でスピーチをさせていただくというような光栄なことが起こりました。

この会議は、目の前にニューヨーク中のいろいろな背景の女の子たちが集められていて、世界で活躍している女性リーダーたちのスピーチを聞く

ことで、女の子たちをインスパイアするというような目的で行われたものです。私はタンザニアでやっている活動を紹介したのですけれども、私のスピーチの後にトイレで高校生に会いましたら、「あなたの活動に感動した。私もそのような活動がしたいのだ」というようなことを言ってくれて、女の子たちにインスピレーションを与えられてよかったなと思っております。

これは2020年の12月に急にお知らせが届いたのですが、いろいろな活動をしている看護・助産のリーダーを100人集めてお祝いをするというイベントをWHO、国連その他がやっけていて、その1人に選ばれましたということをお知らせいただきました。選ばれたことも何も知らなくて、私の元院生に「先生、選ばれてますよ」と言われて気が付いたくらいなのですが、特に何か副賞があったりするわけではないのですけれども、選んでいただいたということで広島の方では割と大きなニュースになりまして、広島テレビ各局が取材に来て全ての局のテレビに出たというのが副賞のような形になりました。看護・助産の研究者がどんなことをしていて、どのような社会的重要性があるのかというのを伝えるメッセージとしては非常によかったのかなと思っております。

最近では国際助産師連盟3年毎大会で、6月にバリに行つてまいりました。日本助産師会の国際委員長をしておりますので、フラッグセレモニーに旗を持って出たのですが、直前に娘がどうしても一緒に出ると言つてすごく泣いてしまったので、12kgの娘を抱えてフラッグを片手で持つて出ることになってしまって非常に重たかったのですが、この子にも女性のリーダーとしての活動を見せられましたし、みんな周りは助産師さんでしたので子どもが出ることには非常に好意的でしたのでよかったです。こういった、かつては私がいずれこんな立場になったらいいなというポジションに今進みつつあり、今後日本の国際活動をさらに推進していかなければならないと自覚しております。

ここまでいろいろな活動をしてきて、今、WHOの専門グループにお呼びいただいたり、国際助産師連盟(ICM)でもいろいろな立場を頂いたりという形で、リーダーシップポジションを国際的に頂くとすることができ始めております。また、かつての夢であったタンザニアで医療活動をするモバイルクリニックの始動ももうすぐです。私がずっと胸に抱えている世界中のママと赤ちゃんを笑

顔にというのが、少しずつですけれども実現されてきてよかったなと思うと同時に、今動いていることをまさに成功裏に終わらせていかなければならないとも思っています。

今回何を最後にお伝えしようかなと考えていたのですが、今回テーマをリーダーシップにしましたので、リーダーシップというのは、完璧なリーダー、強い牽引するリーダーになろうということではなくて、自分の持つ弱み・強みを理解して、自分は何ができるのかということの内省するということがまず大事です。その後に社会を変えていくためのリーダーシップを身に付ける、一緒にやっていく仲間を見つけていく、その中で自分の夢をみんなの夢に昇華させることができると、社会は少しずつ変わっていくのではないかと自身の経験から思っております。

最後に、アフリカのことわざを一つご紹介します。“If you want to go fast, go alone. If you want to go far, go together.”という言葉がござ

います。「早く行きたいなら一人で行きなさい。遠くまで行きたいなら一緒に行きましょう」という意味です。どうしても優秀な人はさっさと終わらせるために自分でやってしまった方が早いのだというような考えを持つことがあります。でも、社会を変えていく、患者さんのために環境を変えていくというような大きなことをしていくためには、1人ではなかなか成し得ないと思います。さまざまな強みを持つ仲間が集まって、うんと時間がかかっても遠くまで行くということを、ぜひ成し遂げていただきたいと思います。

では、これで私の講演は終わらせていただきました。ご清聴どうもありがとうございました。

\* 一人あたりGDP：国内総生産(GDP)をその国の総人口で割った値

\*\* 卒業生、同窓生、の意味