

開発途上国における保健医療協力の実際と看護職に期待される役割

池田 絹代*

International health cooperation in developing country and role of nursing

Kinuyo IKEDA*

抄 録

近年のグローバル化社会において、日本の看護基礎教育でも諸外国との協力や国際化に対応しうる能力の育成が求められる。特に大学での看護系人材の育成では、より国際性豊かな看護人材の養成を求められている。しかし、現在でも開発途上国においては、基本的な保健医療サービスが住民に十分行き届いていない国々が多く存在しており、筆者は2002年から2007年まで国際協力機構の実施した「ラオス国子どものための保健サービス強化プロジェクト」に参加した。これは、近年の国際保健医療協力の潮流である MDGs、SDGs を主眼とした日本の ODA の一事業であった。この活動のうち、活動サイクル、MR、IMCI、年間計画などのプロジェクトを紹介したうえで、実際の保健医療協力活動を通して看護職として期待された役割について報告する。

キーワード：国際保健医療協力，ラオス，小児保健

international health cooperation, Lao PDR, child health

I. はじめに

2018年現在、外務省によると日本が承認している国は世界に196か国、国連加盟国は2011年に南スーダンが加盟して193か国になった。この中で開発途上国とは、経済開発機構 (Organization for Economic Co-operation and Development, 以下 OECD) の開発援助委員会 (Development Assistance Committee, 以下 DAC) による政府開発援助 (official development assistance, 以下 ODA) の対象国としてあがっている143ヶ国を指すことが一般的である。そのうち後発開発途上国 (Least develop-

ed country, 以下 LDC) は47か国となっている。つまり、世界各国のうち、約74%が他国からの何らかの援助を必要としていることになる。これらの開発途上国 (特に LDC) の多くは、いまだに基本的な保健医療サービスが住民に十分に行き届いておらず、母子保健分野においてもその影響は大きい。実際に国連児童基金 (United Nations Children's Fund, 以下 UNICEF) の「世界子供白書2017」によると5歳未満死亡率は、LDC では68となっているが、先進国が多いヨーロッパと中央アジア地域は10、北アメリカ地域は6、日本は3となっている。また、妊産婦死

*看護学部 看護学科

亡率も LDC においては436となっており、日本の明治時代とほぼ同じ値になっている。

このような世界の現状の中、厚生労働省では2009年の看護基礎教育の充実に関する検討会報告書（看護基礎教育の充実に関する検討会、2007年）の中で、看護基礎教育に「国際社会において広い視野に基づき看護師として諸外国との協力を考える」、「国際化及び情報化へ対応しうる能力を養う」ことを求めている。また、大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告書（大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会、2011年）では「長い職業生活においてあらゆる場、あらゆる利用者のニーズに対応できる応用力のある国際性豊かな看護系人材の育成を目指す」となっており、看護学教育に携わる高等教育機関においてはより積極的な国際感覚、視野を持った学生の育成が求められている。

筆者は、2002年から2007年まで国際協力機構の協力事業「ラオス国子どものための保健サービス強化プロジェクト（通称 KIDSMILE プロジェクト）」に参加し活動した。本稿では、その経験をもとに開発途上国における保健医療協力の実際と看護職に期待される役割について報告する。

Ⅱ. 世界的な取り組みと日本の政府開発援助

1. 国際保健医療協力の世界的な取り組み

1978年に世界保健機構（World Health Organization, 以下 WHO）と UNICEF の合同会議でアルマ・アタ宣言が採決された。これをもとにして、「2000年までにすべての人に健康を」（Health for all）という目標を掲げ、指標の達成のための指針が示され世界的な取り組みとなった。その中で、包括的なアプローチとして、プライマリヘルスケア（Primary Health Care, 以下 PHC）という概念が、開発途上国を中心

に広く受け入れられ、世界の健康問題を考える共通の取り組みになった。

そして、Health for All の期限である2000年が近づいてくると新たな取り組みとしてミレニアム開発目標（Millennium Development Goals, 以下 MDGs）が WHO により提唱された。MDGs とは、2000年の「国連ミレニアム宣言」と1990年代に主要な国際会議で採択された国際開発目標を統合したもので、開発途上国向けの開発目標として2015年までの8つの目標があった（表1）。また、それぞれの目標にはターゲットとなる複数の指標が設定されていた。特に、目標4、5、6は保健医療分野とのかかわりが大きく、この目標に関連した分野での国際保健医療協力の支援が増加した。

表1 MDGs（ミレニアム開発目標）
外務省（国際協力 - 政府開発援助 ODA ホームページ）HP より引用・転載
https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/about.html#mdgs_list

ゴール1：極度の貧困と飢餓の撲滅
ゴール2：初等教育の完全普及の達成
ゴール3：ジェンダー平等推進と女性の地位向上
ゴール4：乳幼児死亡率の削減
ゴール5：妊産婦の健康の改善
ゴール6：HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止
ゴール7：環境の持続可能性確保
ゴール8：開発のためのグローバルなパートナーシップの推進

2015年には、MDGs の達成に関する報告書が WHO により策定され、達成された目標、地域はあったものの、性による不平等や貧困層と富裕層、都市部と農村部の格差や紛争や環境悪化などの課題が残った。

そこで2015年に MDGs の終了に伴い、国連サミットにおいて持続可能な開発目標

表2 SDGs (持続可能な開発目標)
 国連開発計画 (UNDP) HP より引用・転載
<http://www.jp.undp.org/content/tokyo/ja/home/sustainable-development-goals.html>

1. 貧困をなくそう
2. 飢餓をゼロに
3. すべての人に健康と福祉を
4. 質の高い教育をみんなに
5. ジェンダー平等を実現しよう
6. 安全な水とトイレを世界中に
7. エネルギーをみんなにそしてクリーンに
8. 働きがいも経済成長も
9. 産業と技術革新の基盤をつくろう
10. 人や国の不平等をなくそう
11. 住み続けられるまちづくりを
12. つくる責任つかう責任
13. 気候変動に具体的な対策を
14. 海の豊かさを守ろう
15. 陸の豊かさを守ろう
16. 平和と公正をすべての人に
17. パートナリーシップで目標を達成しよう

(Sustainable Development Goals, 以下 SDGs) が、全会一致で採択された。開発途上国向けになっていた MDGs に比べて、先進国も含めたすべての国が、政府だけではなく民間機関の協力も得て、統合的に2030年までに達成すべき17の目標として示された(表2)。MDGs と同様に、17の目標に対して232の指標が決められており、定期的なフォローアップを行うことになっている。

2. 日本の政府開発援助

日本の ODA の始まりは、1954年にコロンプランに加盟したことに始まった。加盟以前の日本は被援助国であったが、加盟後2017年10月までに190か国へ総額3438億ドルの援助を行ってきた。

日本の ODA を一元的に行う実施機関が国際協力機構 (Japan International Cooperation

Agency, 以下 JICA) であり、ボランティアである海外協力隊派遣、災害時などの緊急援助、有償・無償資金協力などを行っている。その中で、技術協力プロジェクトとは、様々な JICA のスキームを組み合わせる技術協力の中心的な事業である。

今回、取り上げる KIDSMILE プロジェクトは MDGs が開始され、開発途上国での乳幼児死亡率の削減のための支援が打ち出されてきた2002年から JICA の技術協力プロジェクトとしてラオス国で5年間実施された事業である。

Ⅲ. ラオス人民共和国について

1. ラオス人民共和国の概要

ラオス人民共和国は、東南アジアに位置し、タイ、ベトナム、カンボジア、中国に囲まれた24万平方キロメートルの内陸国である。1953年にフランスから独立したが、1975年まで長期内戦状態にあった。人口は649万人であり、人口は増加傾向にあるが、近隣国と比較して人口密度は薄く、山岳地帯に多くの少数民族が居住している。

2. ラオス人民共和国の母子保健の状況

KIDSMILE プロジェクト開始当時(2002年)のラオスの母子保健の状況は、先進国である日本や近隣国(ベトナム、タイ)と比較してもすべての項目で支援が必要な水準にあることがうかがえる(表3)。5歳未満児死亡率に関する世界での順位は47位であるが、ラオスより死亡率の高い国のほとんどがサブ・サハラ地域で、それ以外はアフガニスタン、東ティモールなどの当時の紛争地域となっていることから、ラオスでの小児保健分野への支援の必要性は高いと考えられた。また、ラオス国内でも地域格差が大きく、郡病院であっても医師の駐在はなく、限定的な保健医療サービスの提供を余儀なくされている地域もあった。

表3 ラオス母子保健指標

2004年世界子供白書 国連児童基金 (UNICEF) データをもとに作成

	ラオス	ベトナム	タイ	日本
人口 (1000 人)	5529	80278	62193	127478
平均余命	54	69	69	81
5 歳未満死亡率	100	39	28	5
5 歳未満死亡率順位	47	86	105	177
乳児死亡率	87	30	24	3
合計特殊出生率	4.8	2.3	1.9	1.3
妊産婦死亡率	650	130	44	10
SBA 付き添い出産 (%)	19	70	99	100

SBA=Skilled Birth Attendant

IV. ラオス国子どもための保健サービス強化プロジェクトについて

1. プロジェクト背景

KIDSMILE プロジェクト開始前に、ラオス国への保健医療分野への JICA の技術協力として、公衆衛生プロジェクト (1992年開始) や小児感染症予防プロジェクト (1998年開始)、セタティラート病院改善プロジェクト (1999年開始) などが実施されてきた。これらの技術協力は、ラオスの保健状況に一定の改善をもたらした。しかし、慢性的な予算不足により、保健事業のほとんどは各援助機関からの資金援助で実施されてきたため、技術協力終了後の活動を維持することができず、他の地域への活動の拡大も困難な状況であった。また、ラオスの保健医療関係者は、自主的に活動を行うというよりも援助機関から支援の得られた活動のみを実施することに忙殺されている状況であった。以上の背景から、プロジェクト開始時より、ラオス保健医療関係者の自主性の向上と活動の継続性に重点を置いたプロジェクトの実施、運営が必要とされた。

2. プロジェクト概要

1) 実施状況

(1) プロジェクト実施期間

2002年11月から2007年10月の5年間であった。

(2) 日本から派遣された専門家

派遣期間が1年以上の長期専門家は累計8名、派遣期間が1年未満の短期専門家は延べ37名が派遣された。日本人長期専門家の内訳は、医師が3名、看護職3名、調整員2名でプロジェクトの前半と後半でほとんどの専門家が交代した。

(3) 日本人専門家の派遣されたプロジェクト実施場所

首都にある保健省とモデル県2県 (A県およびB県) に派遣された。A県は首都から車で1時間以内に位置し、インフラも整っていた。B県は、首都からは週3便の飛行機か、バスで約1日かかる場所に位置していた。ほとんどの郡が世界銀行の最貧困郡に分類され、電気、電話は県都の中心部のみで、インフラも未整備だった。看護職3名は、モデル県2県に駐在し、県及びその県の管轄する郡でのプロジェクト活動の支援を行った。

(4) カウンターパート

カウンターパートとは、JICA の技術協力プロジェクトにおいて技術移転の対象となる相手国の行政官や技術者のことをいう。カウンターパートのうち、保健省と県保健局のスタッフを中心に42名が日本での本邦研修を、郡保健局スタッフを中心とした90名がタイでの第三国で研修受け、プロジェクトに参加した。

2) プロジェクトの目標設定

これまでに現地で取り組まれてきたプロジェクト（JICA 以外の援助機関を含む）は、目標だけでなく、すべての活動まで決定された状態で開始されることが一般的であった。しかし、本プロジェクトはラオス保健医療関係者の自主性に重点を置き、プロジェクトを通して何を達成すべきかを検討すること自体をプロジェクトの重要な活動のひとつとして捉えていたため、プロジェクトの全体像は通常 JICA で行ってきた他のプロジェクトと比較してあいまいなまま開始することとなった。そのため、ラオス側関係者には「これはいったいなにをやるプロジェクトなのだろう」という戸惑いも見られた。

プロジェクト期間中、保健省だけではなくモデル県保健局のメンバーや日本人専門家、関係者が参加し検討する機会として、定期的に合宿形式での検討会を設定し、情報共有を図った。計画段階からラオス側の多くのスタッフがかかわることで、「自分たちのプロジェクトである」

という認識が生まれ、プロジェクト終了時の評価にはラオス保健省の高官も参加するという今までには見られることのなかった変化が見られた。

合宿形式での検討会のプロジェクト期間前半の成果としては、プロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix, 以下 PDM；2005年12月作成）が完成した。また、PDM の最終的なプロジェクト目標は「小児保健サービスを改善するためのマネージメント・システムが中央とモデル県において関係者の積極的な参加により強化される」に決定した。中央官庁である保健省とモデル2県の県保健局及びそれぞれの県保健局が管轄している全郡保健局をカウンターパートとして実施されることになった。

3) 特徴的な活動

KIDSMILE プロジェクトでは、プロジェクト目標を達成させるために5つの成果（アウトプット）を設定した（図1）が、今回はその中で特徴的な活動について紹介する。

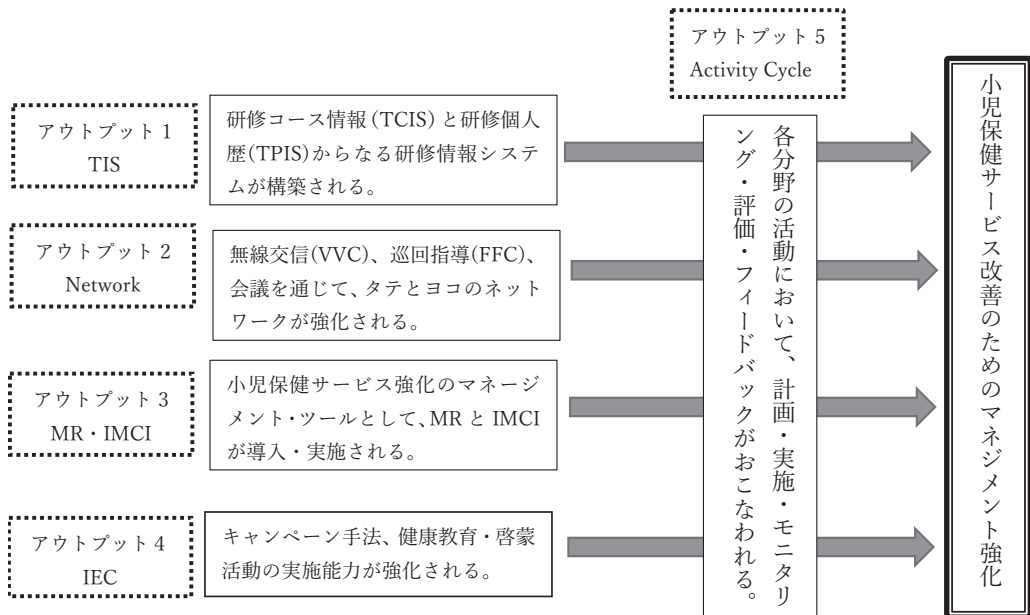


図1 KIDSMILE プロジェクト概要

ラオス国子どもための保健サービス強化プロジェクト終了報告書をもとに作成

4) 活動の実際

(1) 活動サイクル

プロジェクトの目標は、保健サービスを改善させるためのマネージメント強化であったため、保健サービスにおけるPDCAサイクルを意識して活動した。

開発途上国の特徴として、活動をするための資金を援助機関からの支援に頼る必要がある。各機関は資金提供を受けるためにプロポーザルを作成し、活動を実施することには非常に熱心に取り組むが、活動を実施することが最終目標になってしまい、継続的な保健医療活動を計画することは困難であった。援助機関からの支援がいつまで続くのか、来年はどの分野を支援してもらえるのかなど、支援そのものの継続性自体が不透明なことも影響している。また、プロジェクト自体も特定の疾患や対策のみが対象で

あったり、特定の施設だけを対象にしたりするものが多かった。そのため、援助機関から予算がついてできることを予算額のできるだけ上限で今やるという場当たりの保健活動になってしまっていた。そこで、根気強く、なぜその活動をするのか、どうなってほしいのか、それをどうやって評価するのかということを繰り返し確認し、前回と関連した活動の計画時には必ず報告書を一緒に確認するという基本的な支援を繰り返した。

また、保健サービスマネージメントという目に見えない、分かりにくい活動を郡保健局のスタッフまでの多くの関係者で共通に理解できるように、プロジェクトでは人型のプロジェクト活動関連図(図2)も作成した。これまで行われてきた研修などで得た各種の保健医療技術・知識は人の手足であり、それらを必要な時に適

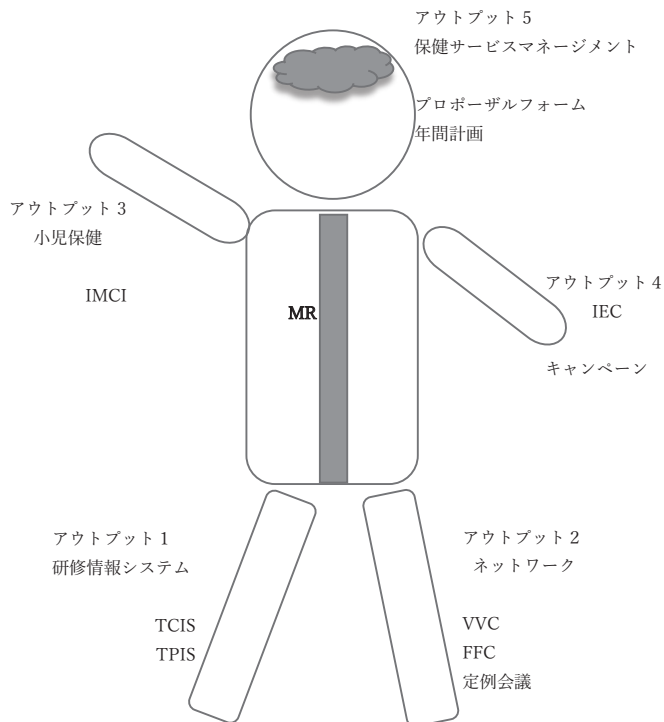


図2 プロジェクト活動関連図
ラオス国子どもための保健サービス強化プロジェクト終了報告書をもとに作成

表4 MR 一覧

ラオス国子どもための保健サービス強化プロジェクト終了報告書をもとに作成

MR1	The hospital is accessible to all patients 24 hours a day.
MR2	The hospital welcomes all patients with warmth and hospitality.
MR3	The hospital has all the essential drugs.
MR4	The hospital classifies and treats four major childhood illnesses.
MR5	The hospital carries out blood tests to identify Malaria.
MR6	The hospital has a patient referral system.
MR7	The hospital keeps records of all patients daily.
MR8	The hospital gives routine vaccination and maintains a good quality cold chain.
MR9	The hospital gives every child a “well-baby check-up” and monitors their growth.
MR10	The hospital monitors and evaluates all child health activities regularly.

切な方法で使うためにコントロールをする脳の役割が保健サービスマネジメントであり、それらをつなぐ脊柱に当たるものが「郡病院が最低順守すべき項目（Minimum Requirement, 以下MR）」（表4）であると表現した。ラオス側の関係者は保健省や保健局など医療関係者が多いため、人体の機能と関連した説明を行うことで理解しやすいと受け入れが良かった。

（2）郡病院が最低順守すべき項目（MR）

MRはこのプロジェクトの中核をなした活動である。MRとは、郡病院が最低順守すべき10項目のことをいう（表4）。MR1から9までに関しては、県保健局、中央保健省などが郡保健局、郡病院としての必要機能として大枠を決めている。その各項目達成のための、それぞれの郡で行う活動や実施時期などについては各郡で決定することができる。例えば、MR1の「24時間病院を開いておく」というものでは、実際郡病院でそのためにどのような活動をするかはそれぞれ郡の現状（スタッフの数やインフラの状況など、モデル県同士でも格差があった）を加味した上で決めることができる。そして、その活動の中に必ず実施を確認する方法を確保しておくことで、活動サイクルを意識したサポートを県保健局が行うことができた。特に、実際実施ができなかった場合に、両者で実施に向け

た改善策の検討が行われていた。

MRに関しては、今まですべて同じ保健サービス提供を保健省や援助機関から求めてこられた保健局にとって、当初は戸惑いを感じているようだった。しかし、特にインフラなどの整っていない郡のスタッフにとっては、できることを自分たちで考え、確実に行うということが評価され、やりがいにつながっていった。そのため、MRはプロジェクト終了後に保健省により全国展開することになった。

（3）統合的小児疾患管理（Integrated Management of Childhood Illness, 以下IMCI）

IMCIとは、WHOとUNICEFと共同で1990年代半ばに開発途上国の5歳未満の乳幼児死亡削減を目的に開発された、標準化された統合管理ガイドラインであり、すでに世界75か国で導入されている。特に医療機器やスタッフの知識などが不十分な環境での利用を想定しているため、コミュニティーレベルでの導入も行われてきた。IMCIは新しく高度な技術の習得を目指すのではなく、それまでに実践されてきたケアや診断をチャートにそって的確な時期に的確に実施していくことが特徴である。また、トレーナーのためのトレーニングやモニタリング方法まで含めた包括的な内容から構成されている。

プロジェクト開始前にすでに、首都にある母

子保健病院（ラオス国内唯一の母子保健病院）では、WHOの支援でIMCIの指導者のトレーニングを終了しており、テキストや教材などはWHOからの支援を得ることができる状況だった。そこで、母子保健病院ではモデル2県から将来トレーナーになることが期待されるスタッフの訓練を実施し、両県立病院では郡保健局で活動するスタッフの訓練を実施した。また、郡での実施状況のモニタリングにも母子保健病院のスタッフと県保健局のトレーナー訓練を終了したスタッフが同行し、郡のモニタリングをすると同時に、トレーナーとなるスタッフのフォローアップトレーニングの役割も担った。

プロジェクトが実施した調査では、IMCIとMRの導入によって住民から郡保健局スタッフの患者に対する態度が良くなったとの評価が得られた。

（４）年間計画

MRが郡保健局のPDCAサイクルを実践する主な活動であるとする、年間計画は県保健局のPDCAサイクルを実践するための活動である。プロジェクトは「子どものための」とうたっているが、母子保健課だけではなく県保健局全体がカウンターパートであり、すべての部署から年初めにプロジェクトに支援してほしい活動のプロポーザルを提出してもらう。活動そのものが直接子どものためだけではなく、子どもの健康に寄与するような内容であれば支援の対象とした。内容を精査して、その年の年間計画に決定したものに関しては、提出した部署ごとにMRを同じように一覧にまとめ、実施予定時期なども記載し、保健局内のプロジェクト事務所前に掲示して、定期的に保健局の副局長とモニタリングを行った。県保健局の活動は郡保健局の活動とも連携している上、プロジェクト事務所が県保健局の会議室の隣にあったため、多くの関係者の目に触れる機会があっ

た。

プロジェクト後半では、保健局以外にも県立病院などからも提出がみられ、実際に支援も行った。その一方、ほかの援助機関から垂直型の予算が高額投入されていた部署を巻き込むことは難しかった。

V. 国際保健医療に携わる看護職として期待された役割

国際保健医療に携わる看護職には、「コミュニケーション能力」、「広い教養（知識）」、「深い専門性」、「協調性」が求められる（産学連携によるグローバル人材育成推進会議，2011；林ら，2008；大野，2017）。実際に、コミュニケーションに関しては、ラオス人とのコミュニケーション以外にも、日本人同士、他援助機関の外国人や他分野の人々ともコミュニケーションが取れていることやインターネットなどを通じ日本国内にいる関係者ともコミュニケーションが取れていることは重要であった。

今回のプロジェクトでは、同時期に5人の日本人長期専門家が派遣されていた。職種による役割というよりもそれぞれのそれまでの経験（保健医療以外も含め）を踏まえ、それぞれの専門性を尊重し5名でプロジェクト運営を行うためには、日本で一般的と考えられている役割（専門性）に固執することなく柔軟に対応することが求められた。短期専門家のように、プロジェクトに対してスポット的に高い専門知識を提供する場合と異なり、長期専門家は限られた人数で活動すべてに責任を持たなければならない、お互いの専門性を活かしつつも協調して運営を行う必要があった。

また、今回のプロジェクトにおいて、看護職は2名（累計3名）が派遣された。モデル県に駐在することにより、モデル県と郡の保健局の活動を支援することができた。看護には、人々

に寄り添い、その人が必要としているケアを提供し、必要があれば関係者との調整を行う役割がある。そのため、トップダウンの傾向が強い開発途上国の地方での活動において、駐在をして寄り添いながら、必要な時には支援を行うだけでなく、保健省などとの調整を行うという役割が看護職に期待されていたのではないかと考えられる。

林ら（2008）と大野（2017）が挙げている、開発途上国で生活することでのストレスへ対応する能力に関しては、自身の健康管理は当然必須である。そのうえで、プロジェクトで雇用している現地スタッフやその家族、開発途上国での駐在経験の少ない日本人のボランティアなどに対しても医療専門職として注意を払う必要があった。また、自身が生活する中で感じるストレスを軽減するために、不安定なインフラ事情にも対応できるような家事などの生活手段やストレス解消方法が複数保持できることが望ましいと感じた。

そのほか、看護職はたとえ人事管理経験があったとしても、保健医療関係者以外の人事管理、特に解雇に直接かかわる機会が非常に限られており、あまり知識も豊富とは言えない。開発途上国での生活においては、プロジェクトの活動上も、日常生活においても雇用や解雇、昇給などの人事管理や経理などの業務が必要とされた。例えば、ドライバーの解雇申し入れや事務スタッフの給与算定、雇用契約の更新、終了から、人材募集の方法や採用試験の企画などがあった。ラオスでのプロジェクトでは首都に駐在した調整員がこのような総務関連の業務の大枠は作成してくれていた。そのため、筆者自身は駐在したモデル県事務所で特に経理に関しては簡素化された業務を遂行するだけだった。しかし、他分野の専門家と比べて保健医療系の専門家はこのような業務を苦手としている傾向が

あり、状況によってはこのような業務を行ってくれるメンバーがいるとは限らないため、看護職とはいえ一般的な人事、経理の知識を持つておく必要があるかもしれない。また、開発途上国において、特に解雇は殺傷事件に発展することもあり、対象国の文化を理解したうえで、このような一般的な知識を活かしていくことが自身の安全の確保にもつながるのではないかと考える。

VI. おわりに

プロジェクト自体は2005年の当初予定のプロジェクト期間をもって終了した。日本人専門家1名が個別専門家となり、中央官庁である保健省でのMRを中心とした活動の全国展開に向けた制度、政策の策定などのため1年間支援を継続した。

その後、筆者自身JICAおよびプロジェクトとは全く別の目的でラオスを訪問する機会があった。その時に、プロジェクトのモデル県ではない別の県の郡病院を訪問する機会があった。プロジェクト終了からすでに10年近く経過していたが、その郡病院ではMRを実施していることを実際に確認することができた。県保健局からのフォローアップなどは定期的に行われていないようであったが、郡病院独自の活動としては定着しているようであった。プロジェクトで実施した活動を全国展開する場合、中央で全国展開するための政策や取り組みが決定するまで支援することはあるが、その後の状況を実際にかかわった援助国側の関係者が確かめる機会は非常に限られている。今回は期せずして目の当たりにすることができたため、私自身にとって非常に良い刺激となった。

産学官によるグローバル人材の育成のための戦略（2011年）の中でも触れられているように、近年若者の「内向き志向」が指摘されている。

文科省は大学在学中の海外留学などを推奨しているが、国家資格取得のための必須科目が多い看護学部は、海外との専門科目の単位の互換なども困難なため、大学教育の課程の中での長期間の留学は難しい状況にある。今後2020年の東京オリンピックに向けて、訪日する外国人はますます増加すると考えられる。在学中の留学などが難しい看護学部の学生が、この機会を活かし、より広い視野を持ち、国際感覚豊かな看護職に成長するためにどのようなかわり方ができるのかはこれからの課題であると考えられる。

文献

Development Assistance Committee (DAC) : Growth in United Nations membership, Retrieved from : <http://www.un.org/en/sections/member-states/growth-united-nations-membership-1945-present/index.html>. (検索日:2018年9月18日)

外務省:世界と日本のデータを見る(世界の国の数、国連加盟国数、日本の大使館数など), Retrieved from :<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/world.html>. (検索日:2018年10月8日)

外務省:政府開発援助(ODA), Retrieved from : https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/about/oda/page23_000407.html. (検索日:2018年10月10日)

外務省:ラオス人民共和国, Retrieved from : <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/laos/data.html#section1>. (検索日:2018年10月12日)

経済協力開発機構(OECD):DAC List of ODA, Retrieved from : Recipients http://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/DAC_List_ODA_Recipients2018to2020_flows_En.pdf. (検索日:2018年10月8日)

国立社会保障・人口問題研究所:人口統計資料集, Retrieved from : http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2018.asp?fname=T05-28.htm&title1=%87X%81D%E%80%96S%81E%8E%F5%96%BD&title2=%95%5C%82T%81%7C28+%94D%8EY%95w%8E%80%96S%90%94%82%A8%82%E6%82%D1%97%A6%81F1899%81%602016%94N. (検索日:2018年10月8日)

国際児童基金(ユニセフ):世界子供白書, Retrieved from : 2017https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/UNICEF_SOWC_2017.pdf. (検索日:2018年10月8日)

国際児童基金(ユニセフ):持続可能な開発目標(SDGs), Retrieved from :<https://www.unicef.or.jp/sdgs/>. (検索日:2018年10月8日)

国際協力機構(JICA):MDGsの概要と8つの目標, Retrieved from : https://www.jica.go.jp/aboutoda/sdgs/about_MDGs.html. (検索日:2018年10月8日)

林直子、田代順子、菱沼典子ほか(2008):国際看護コラボレーターに必要な能力モデル構築と教育プログラムの開発, 国際保健医療, 第23巻第1号 P23-31.

大野夏代(2017):第7章「国際的な視野を持つ看護師になる」というチャレンジ-2.世界で活躍する看護師の資質, 南裕子監修, 国際看護学-グローバル・ナーシングに向けての展開一, P176-P180, 中山書店.

産学連携によるグローバル人材育成推進会議(文部科学省)(2011):産学官によるグローバル人材の育成のための戦略, P3.