

大洋州地域保健人材育成 プロジェクト形成調査 報告書

平成16年4月
(2004年)

独立行政法人 国際協力機構
アジア第二部

| |
|-------|
| 地 二 |
| JR |
| 04-11 |

目 次

略語集

| | |
|-----------------------------|----|
| 第1章 調査の概要 | 1 |
| 1. 調査の背景 | 1 |
| 2. 調査の目的 | 1 |
| 3. 団員構成 | 1 |
| 4. 調査期間と日程 | 2 |
| 5. 調査項目 | 4 |
| 6. 主要面談者 | 5 |
| 第2章 保健行政と保健指標の現状と課題 | 8 |
| 1. フィジーにおける国家開発政策と保健分野の位置づけ | 8 |
| 2. 保健分野における重要課題 | 8 |
| 3. 地方分権化政策 | 9 |
| 4. 保健行政機構 | 9 |
| 5. 保健財政 | 13 |
| 6. 人材管理・開発 | 13 |
| 7. 保健医療機関 | 14 |
| 8. 保健政策の分析と課題 | 16 |
| 第3章 地域保健の現状 | 17 |
| 1. 地区保健局行政機構 | 17 |
| 2. 地区保健局における課題 | 19 |
| 3. 地域保健に関する人材管理・育成制度 | 19 |
| 4. 地域保健活動 | 20 |
| 5. 地域保健の分析と課題 | 22 |
| 第4章 保健医療人材養成の現状 | 24 |
| 1. フィジー医学校（FSM）の概要 | 24 |
| 2. フィジー看護学校（FSN）の概要 | 25 |
| 3. 保健医療人材養成の分析と課題 | 27 |

| | |
|---|----|
| 第5章 島嶼地域保健行政研修参加者の活動 | 28 |
| 1. 研修コースの概要 | 28 |
| 2. 帰国研修員によるコース評価 | 30 |
| 第6章 関係団体の活動 | 31 |
| 1. 国立健康促進センター (NCHP) | 31 |
| 2. 地域に根ざしたりハビリテーション (CBR) 支援プログラム | 33 |
| 3. フィジー看護協会 | 33 |
| 第7章 海外援助機関の動向 | 35 |
| 1. 世界保健機関 (WHO) | 35 |
| 2. オーストラリア国際開発局 (AusAID) | 36 |
| 3. The Secretariat of the Pacific Community (SPC) | 37 |
| 第8章 技術協力案 | 40 |
| 1. 地域保健の現任者教育に関する現状と課題 | 40 |
| 2. 協力にあたっての留意点 | 41 |
| 3. 国内支援体制 | 41 |
| 4. 沖縄との連携 | 42 |
| 5. 広域協力案 | 42 |
| 6. プロジェクト概要案 | 43 |
| 付属資料 | |
| 1. 保健指標の現状と動向 | 49 |
| 2. 資料収集リスト | 51 |
| 3. バヌアツの現状と課題 | 54 |
| (1) バヌアツにおける国家開発政策と保健分野の位置づけ | 54 |
| (2) 保健政策と保健課題 | 54 |
| (3) 保健行政 | 55 |
| (4) 保健医療財政 | 57 |
| (5) 人材開発 | 57 |
| (6) 保健指標の動向 | 58 |
| (7) 保健医療人材養成の現状 | 59 |

| | |
|---------------------|----|
| (8) 地域保健の現状 | 59 |
| (9) 海外援助機関の動向 | 60 |
| (10) まとめ | 62 |
| 4. バヌアツ主要面談者 | 63 |

略 語 集

| | | |
|--------|---|------------------|
| AusAID | : Australian Agency for International Development | オーストラリア国際開発局 |
| CBR | : Community Based Rehabilitation | 地域に根ざしたりハビリテーション |
| CHW | : Community Health Worker | コミュニティーヘルスワーカー |
| FSM | : Fiji School of Medicine | フィジー医学校 |
| FSN | : Fiji School of Nursing | フィジー看護学校 |
| HP | : Health Promotion | ヘルスプロモーション |
| IEC | : Information, Education, and Communication | |
| IMCI | : Integrated Management of Childhood Illness | |
| IUCD | : Intrauterine Contraceptive Device | 銅付付加IUD |
| IUD | : Intrauterine Device | 子宮内避妊器具 |
| JICA | : Japan International Cooperation Agency | 独立行政法人 国際協力機構 |
| MCH | : Maternal and Child Health | 母子保健 |
| MOH | : Ministry of Health | 保健省 |
| NCHP | : National Center for Health Promotion | 国立健康促進センター |
| NGO | : Non Government Organization | 非政府組織 |
| NZAID | : New Zealand Agency for International Development | |
| PIF | : Pacific Island Forum | |
| PacELF | : Pacific programme for the Elimination of Lymphatic Filariasis | |
| PATIS | : Patient Information System | 患者管理システム |
| PHP | : Public Health Program | 公衆衛生プログラム |
| SPC | : Secretariat of the Pacific Community | 南太平洋委員会 |
| STI | : Sexual Transmitted Infection | 性感染症 |
| TOT | : Training of Trainers | 管理者・指導者トレーニング |
| USP | : University of South Pacific | 南太平洋大学 |
| WHO | : World Health Organization | 世界保健機関 |

第1章 調査の概要

1. 調査の背景

我が国はこれまで、1985年に無償資金協力によりフィジー諸島共和国（以下、「フィジー」と記す）看護学校（FSN）の建設を実施したほか、看護師・保健師のボランティアを大洋州地域の各国に多数派遣しており、地域保健の人材育成に貢献している。また、2000年4月に行われた第2回太平洋・島サミットにおいて、我が国は大洋州地域への貢献策を「宮崎イニシアティブ」として発表し、これを受けて国別研修「島嶼国地域保健行政」が実施されている（2000～2004年度までの全5回計画）。本コースは、島嶼性を有する沖縄県の戦後復興期から現在までの保健行政の取り組みを大洋州諸国に適用することが目的であり、沖縄県福祉保健部・沖縄県看護大学などの協力を得て沖縄国際センターが実施している。これまで大洋州9か国から22名が参加した。

さらに、2003年5月に開催された第3回太平洋・島サミットにおいて、日本・PIF首脳会議首脳宣言「沖縄イニシアティブより豊かで安全な大洋州のための地域（開発）戦略」が採択された。このなかで感染症や生活習慣病の対策、予防接種の実施などについて、我が国による支援が明記された。

以上の背景の下、上記研修の上位目標でもある更なる地域保健サービスの改善に貢献するために、大洋州における地域保健の人材育成に関する技術協力プロジェクトの形成をめざして、その拠点と期待されるフィジー及び周辺国を対象とした調査団の派遣を行った。

2. 調査の目的

今後大洋州への協力を実施していくにあたり、その核となることが想定されるフィジーの保健医療セクター全体の現状及び援助ドナーの支援内容を踏まえ、実施機関と協議のうえで地域保健サービスに係る人材育成分野の協力の方向性を検討することを目的とする。

3. 団員構成

| | 氏名 | 担当分野 | 所属 | 職位 |
|----|-------|---------------|--------------------------------|---------|
| 団長 | 山形 洋一 | 総括 | 独立行政法人 国際協力機構 国際協力総合研修所 | 国際協力専門員 |
| 団員 | 曾根 智史 | 保健政策 | 国立保健医療科学院 地域保健システム室 | 室長 |
| 団員 | 山田 幸子 | 地域看護・ 広域協力 | 独立行政法人 国際協力機構 沖縄国際センター業務課 | ジュニア専門員 |
| 団員 | 高橋 洋平 | 協力計画1 | 独立行政法人 国際協力機構 医療協力部 医療協力第一課 | 職員 |
| 団員 | 林 伸江 | 協力計画2 | 独立行政法人 国際協力機構 沖縄国際センター業務課 | 職員 |

4. 調査期間と日程

2003年10月20日（月）～30日（木）まで。

なお、保健政策の団員は10月24日（金）～30日（木）である。また、地域看護・広域協力の団員は11月15日まで滞在し、追加情報の収集及びバヌアツ共和国（以下、「バヌアツ」と記す）の実情調査を行った。

調査日程

| 日 順 | 日付（曜日） | 行 程 |
|-----|-----------|---|
| 1 | 10月20日（月） | 林・山田団員：那覇12：00→羽田14：20 JAL930 全団員：成田19：00→ FJ303 |
| 2 | 10月21日（火） | 6：55 ナンディ到着 ナンディ→スバ（陸路） 14：30 日本大使館表敬 15：30 JICA フィジー事務所表敬 |
| 3 | 10月22日（水） | 9：00 保健省（MOH）表敬 10：30 FSNとの協議 12：00 国立リハビリテーションセンターとの協議 14：00 フィジー医学校（FSM）との協議 |
| 4 | 10月23日（木） | 10：30 フィジー看護協会との協議 12：00 世界保健機関（WHO）フィジー事務所との協議 14：00 南太平洋大学（USP）との協議 |
| 5 | 10月24日（金） | 9：00 PacELF 青年海外協力隊（JOCV）隊員との協議 10：00 国立健康促進センター（NCHP）との協議 11：30 地域保健行政研修参加者との協議 14：30 南太平洋委員会（SPC）との協議 |
| 6 | 10月25日（土） | 資料整理 曾根団員：成田19：00→ FJ303 |
| 7 | 10月26日（日） | 6：55 ナンディ到着 ナンディ→スバ（陸路） 16：00 団内打合せ |
| 8 | 10月27日（月） | 9：00 保健省との協議 14：00 団内打合せ（協力案検討） |
| 9 | 10月28日（火） | 9：00 Valelevu 保健センター訪問 10：30 Nausori 保健センター訪問 11：30 Wainibokasi エリア病院訪問 14：00 国立栄養センターとの協議 15：30 オーストラリア国際開発局（AusAID）との協議 |
| 10 | 10月29日（水） | 9：00 MOHとの協議 10：00 大使館に報告 12：00 JICA フィジー事務所に報告 （山田団員以外）スバ→ナディ |

| 日 順 | 日付 (曜日) | 行 程 |
|-----|------------|---|
| 11 | 10月30日 (木) | (山田団員以外) ナンディ 10:50 → 成田 17:00 FJ302 林団員: 羽田 20:20 → 那覇 23:15 Nu59 10:00 協力案作成 (以降、山田団員のみ) |
| 12 | 10月31日 (金) | 10:00 MOHと協力案協議 |
| 13 | 11月1日 (土) | 9:00 スバ→ナンディ |
| 14 | 11月2日 (日) | 10:10 ナンディ→ポートビラ FJ261 13:30 バヌアツ駐在員事務所との調査内容の確認 |
| 15 | 11月3日 (月) | 8:00 MOHとの協議 13:30 AusAIDとの協議 |
| 16 | 11月4日 (火) | 8:00 全国保健政策作成会議聴講 |
| 17 | 11月5日 (水) | 8:00 全国保健政策作成会議聴講 14:00 デispensサリー訪問 15:30 エイドポスト訪問 19:00 Penma 地区保健課長との協議 20:00 Sanma 地区保健課長との協議 |
| 18 | 11月6日 (木) | 資料整理 |
| 19 | 11月7日 (金) | 9:00 MOH 政策アドバイザーとの協議 11:00 Save the Children Australia バヌアツ現地事務所との協議 |
| 20 | 11月8日 (土) | 7:50 Paunagisu 保健センター訪問 |
| 21 | 11月9日 (日) | 11:40 ポートビラ→ナンディ FJ260 |
| 22 | 11月10日 (月) | 8:00 ナンディ発 FJ301 10:30 タベウニ着 11:00 Bauma 看護ステーション 14:00 Lavina Settlement |
| 23 | 11月11日 (火) | 8:00 Wailiki デispensサリー 14:00 Nabukawau 村 |
| 24 | 11月12日 (水) | 10:30 タベウニ発 FJ300 12:00 スバ着 |
| 25 | 11月13日 (木) | 12:00 MOHの協力案作成 |
| 26 | 11月14日 (金) | 8:00 MOHの協力案作成 10:00 JICA フィジー事務所へ報告 |
| 27 | 11月15日 (土) | 5:30 スバ→ナンディ 10:50 ナンディ→成田 FJ302 19:50 羽田→那覇 NU59 |

5. 調査項目

フィジーの地域保健分野に関して以下の内容を調査する。

(1) 保健分野の現状調査

1) 保健政策

- ① 国家政策のなかの保健政策の位置づけ
- ② 保健分野における周辺国支援の方針
- ③ 2003～2005 戦略計画における優先課題
- ④ 2003～2005 戦略計画における以下の内容と進捗状況
 - ・ 地方分権化
 - ・ 地域保健に係る法整備
 - ・ 人材管理
 - ・ 人材育成

2) 保健行政

- ① 行政組織
- ② セクター別予算

3) 地域保健

- ① 行政組織
- ② 人事・労務管理制度
- ③ 保健サービスプログラム

4) 人材養成計画

- ① 人材養成機関 (FSM・FSN)
- ② 入学者数・卒業者数・就職率と就職機関・進学率

5) 他ドナーの同分野における援助動向

- ① AusAID
- ② WHO
- ③ SPC
- ④ USP

(2) 地域保健行政研修員の活動調査

- 1) 現在の職務
- 2) 所属機関における現任教育
- 3) 所属機関が提供している現任教育
- 4) 研修の適応状況

(3) 地域保健活動の実際の状況

1) JOCV (PacELF) の保健啓発活動の状況

- ① カウンターパートの概要
- ② カウンターパートとの協働
- ③ 住民啓発活動の状況

2) 国立ヘルスプロモーションセンターにおける活動

- ① 活動の概要
- ② 職員の要件
- ③ 関係団体

3) フィジー看護協会における活動

- ① 活動の概要
- ② 職員の要件
- ③ 関係団体

(4) プロジェクト実施の可能性の確認調査

1) 保健省との意見交換

- ① 上記の保健分野の状況を踏まえた日本側の支援の方向性の検討
- ② 運営責任者の所在の確認
- ③ フィジーを拠点とした広域協力案に関する合意の確認

6. 主要面談者

(1) フィジーの政府機関

| | 機関名 | 職 位 | 氏 名 |
|--|---|---|-------------------------|
| 1 | フィジー MOH | Permanent Secretary | Mr. Luke Rokovada |
| | | Assistant Director, Dental Services | Dr. Etila Mesulawa |
| | | Principal Health System Standards Officer | Ms. Rusieli Taukei |
| | | Principal Assistant Secretary | Ms. Peniwa Cirikmasawa |
| | | National Nursing Adviser | Ms. Liha V Cava |
| | | Epidemiologist | Ms. Salavieta Saketa |
| | | Principal Assistant Secretary | Ms. Peniwa Cirikmasawa |
| 2 | NCHP | Manager Nursing, Central Division, Valelevu Health Centre | Ms. Merani Tukana |
| | | Senior Health Officer- Audio Visual | Mr. Philip Komai |
| | | Senior Health Officer- Social Marketing | Mr. Mosese V. Sa lusalu |
| | | Technical Officer | Mr. Brain Singh |
| | | Officer- Graphic Artist/ Multimedia | Mr. Saura Volavola |
| Oral Health Promotion Officer/ Hindi Prog. Coordinator | Ms. Premica Deo | | |
| 3 | Fiji Community Rehabilitation Assistant Programme | Programme Co-ordinator | Ms. Vani FIFITA |

| | 機関名 | 職 位 | 氏 名 |
|---|------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 4 | National Food and Nutrition Centre | Senior Nutritionist | Ms. Maria Emily Bantayan |
| | | Administrator Officer | Mr. Mohammed Asim |
| | | Information Officer | Ms. Jessie Tuivaga |

(2) フィジーの教育機関

| | 機関名 | 職 位 | 氏 名 |
|---|-------------------|---|---------------------|
| 1 | FSN (フィジー MOH) | Principal | Ms. Iloi Rabuka |
| 2 | FSM (フィジー MOH) | Manager of Marketing & Development Div. | Mr. Rodrey Yee |
| | | Senior Lecturer | Dr. Narendra Sihng |
| | | Senior Lecturer | Dr. Giuseppe Cubon |
| | | Senior Lecturer | Dr. Navi Litidamu |
| | | Lecturer 1 | Dr. Berlin Kafoa |
| 3 | USP | Lecturer 1 | Ms. Liti Kuridurani |
| | | Provost | Mr. Filimone Fifita |
| | | Medical Officer | Dr. John Fatiaki |

(3) フィジーの非政府機関

| | 機関名 | 職 位 | 氏 名 |
|---|----------|----------------------------------|------------------------------------|
| 1 | フィジー看護協会 | President | Mr. Sinyowe Racodo |
| | | Vice President | Ms. Mariame Leroewgik |
| | | Education and Research Committee | Ms. Filomena Dokoni Chairperson |

(4) 国際機関・援助機関

| | 機関名 | 職 位 | 氏 名 |
|---|--------|---|-------------------------|
| 1 | WHO | Representative | Dr. Chen Ken |
| | | Regional Adviser, Human Resource for Health | Ms. Lorraine Karse |
| | | Medical Officer, Tuberculosis | Dr. Ichiro Itoda |
| 2 | SPC | Senior Deputy Director-General | Dr. Jimmie Rodgers |
| 3 | PacELF | Chief Medical Officer | Dr. Joeseffa Koroivueta |
| | | JOCV | 高宮シニア隊員、 竹内隊員、綿橋隊員 |
| 4 | AusAID | First secretary of Health Sector | Ms. Susan Ivatts |

(5) 日本の機関

| | 機関名 | 職 位 | 氏 名 |
|---|--------------------|---------|-------|
| 1 | 在フィジー 日本大使館 | 大 使 | 飯野 健郎 |
| | | 参事官 | 宮田 健二 |
| 2 | JICA フィジー 事 務 所 | 所 長 | 友部 秀器 |
| | | 所 員 | 遠山 峰司 |
| | | 広域企画調査員 | 大野 政義 |

第2章 保健行政と保健指標の現状と課題

1. フィジーにおける国家開発政策と保健分野の位置づけ

フィジーは2002年11月に20か年長期開発計画と3か年開発計画を発表した。その中期計画ではビジョンを「平和で繁栄なフィジーを建設するために自信と信頼を再構築して安定と成長をもたらす」とし、ミッションを「平和と繁栄のための目標を進展するために政治的・社会的・経済的政策を策定・実行していく」としている。そのためにまずは2000年5月のクーデターで失われた国民の信頼を回復して国民の統合を図る必要があるとして、下記の重要戦略を掲げている。

- 1) 法秩序の強化
- 2) 国家レベルでの和解と団結の振興
- 3) 貧困削減
- 4) グッドガバナンスの強化
- 5) 政治的安定を達成するための憲法の再審理
- 6) 農業借地問題の解決
- 7) 現地フィジー人や社会的弱者の社会・経済活動への平等参加をめざした政策の実施

特に貧困を削減するうえで保健分野に関する対策が不可欠であると明記されている。

2. 保健分野における重要課題

2002年9月に保健省(MOH)、国家計画省、教育省、人事委員会の関係者が参加して保健戦略3か年計画(2002～2005)が策定された。ミッションを「フィジーのすべての人に質の高い保健サービスを提供すること」とし、ビジョンを「健康と生活の質を得るために保健システムを地方分権化する」としている。また、10項目の課題として以下を掲げている。

- 1) 公衆衛生とヘルスプロモーション
- 2) 臨床サービス
- 3) 保健システム改革
- 4) 人材管理と開発
- 5) サービスの質の基準化
- 6) 財政管理
- 7) 政策/計画決定のための保健情報管理
- 8) 保健サービス提供のための財源確保
- 9) 利用者満足のための効果的なパートナーシップとコミュニケーション
- 10) 保健サービスの効果的な提供のためのインフラストラクチャーの計画と整備

この3か年戦略を基に年間計画(Corporate Plan)を策定し、各目標に関する活動計画と目標値、責任者などを明確にしている。さらに保健省各部門で運営計画(Business Plan)を作成することを義務づけている。しかし、現在は公衆衛生部門のみが運営計画を策定している。

また、保健省で作成された3か年の10課題に基づいて各地区保健局・各副次地区保健センターで年間計画を策定するように指導している。現在は、各地区では1年計画が策定されてい

るが、副次地区保健センターではほとんどが作成されていない。

3. 地方分権化政策

地方分権化に関しては、オーストラリアとの連携の下に1999年から5か年計画で保健行政改革プロジェクトを行っている（第7章 2. 参照）。改革は2つのレベルで行われており、ひとつは人事委員会（Public Service Commission）と財政省（Ministry of Finance & National Planning）で決定されている事項を保健事務次官（Permanent Secretary for Health）に移譲することであり、もうひとつは保健事務次官の機能の一部を地区保健局長に移譲することである。しかし計画どおりには進んでおらず、例えば人事委員会は新しい行政機構を2001年12月に承認したにもかかわらず、2003年度までは改革以前の行政制度が用いられた。また、人材管理、患者管理、財政管理にかかわる情報システムの改革を行っているがまだ実行できるまでには至っていない。また地区保健局で行われている臨床部門と地域保健部門の統合は管理者の意識が変換されるまでに数年を要するといわれている。以下は地方分権化の主なコンポーネントである。

1) 決定権の移譲

財務省における見込み会計、コストセンターの設立、管理に関する能力強化、財政と人事に関する任命・決定を地区保健局に移譲

2) 統 合

地区レベルにおける保健サービスと医療サービスの統合

3) 管理能力

保健部門の管理者に関する専門性の強化

4) ポピュレーション ベース プランニング

統計的、地理的に公平な資源の分配

5) 保健セクター構想

保健サービスに関する将来予測に関する責任

6) 経費縮小化

最小限の改正に関する経費

4. 保健行政機構

オーストラリア国際開発局（AusAID）の支援の下に上記の保健管理改革プロジェクトの下に行政機構改革が繰り返し行われている。保健省関係者によるとまだまだ議論がまとまっておらず、現在の行政機構も変更する可能性が高いということである。現行の行政機構を図2-1に示す。機能に関して大別すると保健省は政策策定と管理に主眼がおかれ、地区保健局は保健サービスの実施を行う。各機能における保健省と地区保健局の役割を表2-1に示す。

表 2-1 フィジーにおける保健行政改革後の各機能における保健省と各地区保健局の役割

| 機 能 | 保健省本部 | 地区保健局 |
|-----------------|--|---|
| 政策及び基準作成 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 国家政策の作成 2. 政策に関する基準の作成 3. 国家レベルの管理基準の作成 4. 認定と規制の作成 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 国家政策の実施 |
| 計 画 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 国家保健計画の策定 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 地区保健計画の策定 2. 地区病院開発計画の策定 |
| 財政管理 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 保健財政割り当て基準の設置 2. 国家予算に関する準備 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 地区保健予算の策定 2. 予算の割り当てと調達 3. 財政情報管理システムの実行 |
| 固定資産管理 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 管理システムの構築 2. 固定資産管理政策の策定 3. 基準の開発 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 管 理 |
| 健康保険 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 基準の作成 | <ol style="list-style-type: none"> 1. ニーズの明確化 |
| 人材開発 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 職員雇用計画の作成 2. 国家人材政策の作成 3. 外国人医師の募集と決定 4. 産業との連携 5. 保健管理のリフォーム 6. 人材の育成 7. 国家人材レポートシステムの構築 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 職員の管理 2. 職員の募集 3. 人材情報システムの維持管理 4. 人材の育成 |
| 保健情報管理・調査 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 保健セクターの管理・評価 2. 保健統計の作成 3. 国家保健政策・基準に関する調査 4. 情報に関する政策に基づいたシステムの開発 5. 国家健康状態の記録 6. ITシステムの維持 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 情報の収集 2. 患者管理システム (PATIS) 3. カルテの管理 4. 疫学的調査の実施 |
| 薬剤管理・ヘルスプロモーション | | <ol style="list-style-type: none"> 1. 地区への薬剤調達と在庫管理 2. 国立健康促進センター (NCHP) の活動実施 |
| 保健サービスの提供 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. 地区とSub-Division病院での保健サービスの提供 2. 公衆衛生と地域保健事業全てに関する提供 |

出所：MOH：Decentralization of Functions and Accountabilities, Central Office and Divisional Health Services, 25 March 2002 を基に作成

MOH 各局の役割

公衆衛生局：

政策の策定と国家保健計画の保健プログラムの実施

保健サービス開発局：

保健サービスに関する計画と予算管理

保健サービス基準局：

専門分野に関する調整・モニタリング・開発、保健サービス管理、治療基準と実施計画、患者ケア基準の作成

運営計画局：

インフラストラクチャーに関する計画管理と人事

(MOH 組織図 図 2 - 1 参照)

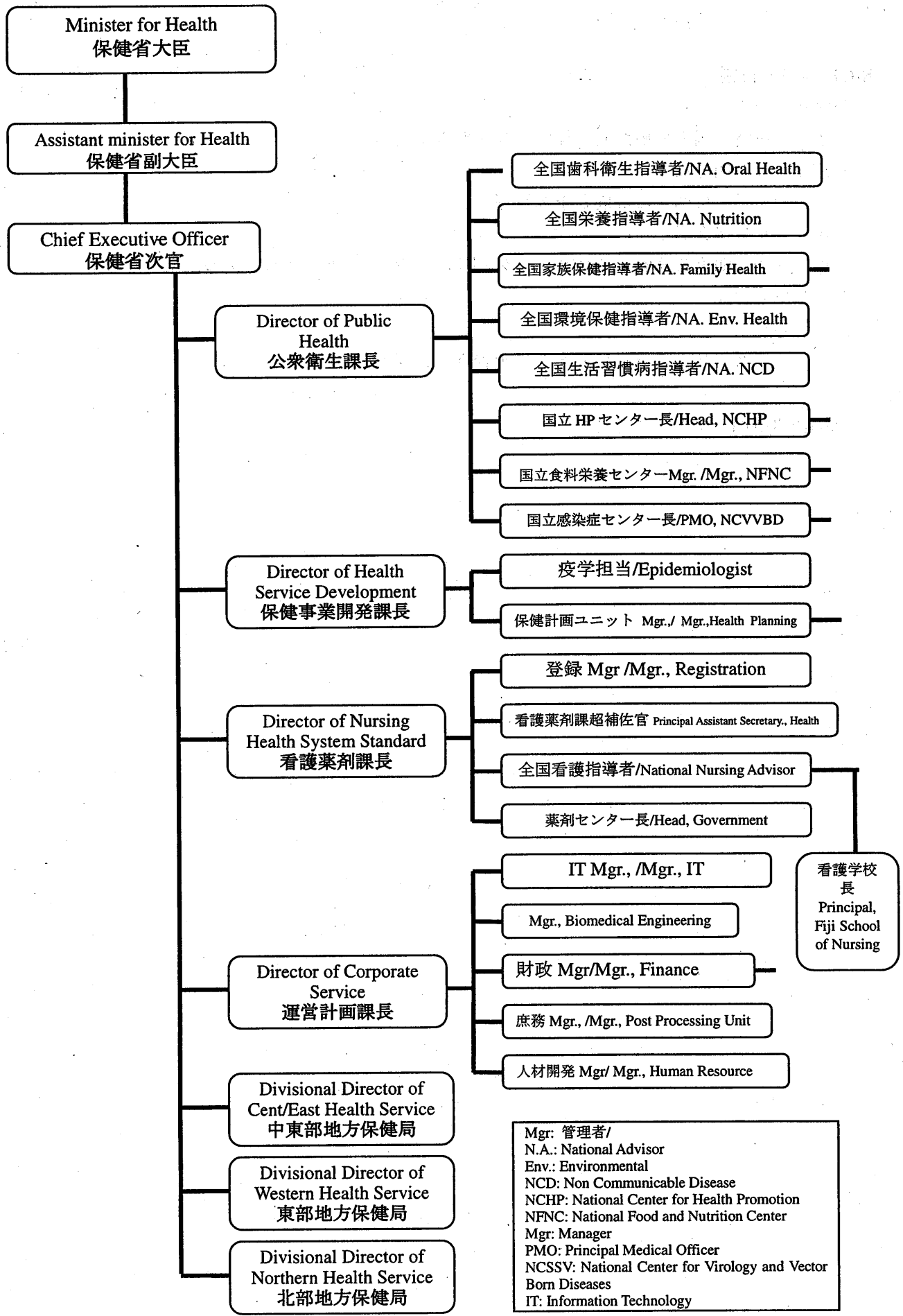


図 2 - 1 MOH 組織図

5. 保健財政

保健省の予算は1999年以降2002年まで国家予算額の8%で安定して推移しており、大洋州の他国より比較的よい状況であるといえる。しかし医療費の増大、職員の増員やトレーニングなどの課題が残されている。

表2-2 公共保健サービス予算動向（1997～1999年）

| | 1997年 | 1998年 | 1999年 |
|------------|---------------|-------------------|-------------------|
| GDP/Capita | | 4,023 フィジードル | 4,023 フィジードル |
| GDP成長率 | -2.6% | 0.7% | 1.5% |
| 保健セクター支出 | 8,000万フィジードル | 8,414万4,900フィジードル | 8,891万8,600フィジードル |
| 1人当たりの支出 | 103.70 フィジードル | 100.38 フィジードル | 105.22 フィジードル |
| 国家予算に占める割合 | 7.7 | 7 | 8 |
| GNPに占める割合 | 3 | 3 | 3 |

出所：Strategic Plan 2003～2005, MOH Fiji

表2-3 2002年度予算配分（1,000 フィジードル）

| 種別 | 活動 | 通常経費 | キャピタル支出 | 計 | 全体予算割合 |
|--------|--------------|--------|---------|--------|--------|
| 政策・庶務 | ・一般庶務 | 7,285 | 300 | 7,585 | 7.1% |
| | ・調査 | 745 | — | 745 | 0.7% |
| 医療サービス | ・都市病院 | 43,866 | 2,600 | 46,466 | 43.6% |
| | ・基準病院ヘルスセンター | 24,156 | 6,210 | 30,366 | 28.5% |
| | ・メディカルサービス | — | — | — | — |
| | ・保健サービス | 2,509 | — | 2,509 | 2.4% |
| | ・薬剤供給 | 14,346 | 100 | 14,446 | 13.5% |
| 共通サービス | ・病院サービス | 1,543 | 406 | 1,949 | 1.8% |
| | ・看護学校 | 1,882 | 30 | 1,912 | 1.8% |
| 施設サービス | ・老人ホーム | 642 | | | 0.6% |
| 総計 | | 96,974 | 9,646 | | 100% |

出所：Strategic Plan 2003-2005, MOH Fiji

6. 人材管理・開発

人材予算管理は運営計画局の人材管理部門で行われており、各職種の人事管理基準は保健サービス基準局で作成されている。現在その基準や法整備を行っている。

看護師の人事管理基準は保健サービス基準局の看護指導監によって作成されている。以下は看護師に関する人事基準である。

- 1) フィジー看護学校（FSN）及び国外で免許を所得した者は就職後1年間は所属先を変更又は離職してはならない。
- 2) 看護ステーションの看護師は最低1年間は職場を変えてはならない。

- 3) 離職した職員が前職と同じ地区／副次地区に再就職する場合は、保健省本部と関係者間での事前協議ののちに決定される。
- 4) すべての看護師が移動を希望する場合は緊急の場合を除いて看護人事委員会によって決定される。看護人事委員会は看護指導監、上級看護婦長、保健省関係者などからなり最低でも年に1回会議が行われる。
- 5) 結婚後（または独身者）の移動に関しては、書面による理由説明書が提出されたあとで可能な場合は対応する。例外として、夫の病気などの理由で看護師の付き添いが必要で医師等の診断書も添付されている場合は対応する。しかし卒業初年度の看護師は認められない。
- 6) 看護師の移動に関しては、保健省事務次官の権限によって決定され、保健サービスの必要性に応じて考慮されるべき事柄である。

地域で働く看護師の現任教育に関しては、現在各地区保健局において定められている。

表 2-4 公共保健サービス従事者と人口比

| 職 種 | 1999 年 | 保健従事者 1 人当たりの人口（人口／保健職種） |
|-------------|--------|--------------------------|
| 医 師 | 271 | 3,000 |
| 歯科医 | 32 | 25,000 |
| 薬剤師 | 51 | 15,700 |
| 看護職種 | 1,576 | 500 |
| ナースエイド | 72 | 11,000 |
| その他のパラメディカル | 355 | 2,300 |
| その他保健従事者 | 80 | 10,000 |

出所：Strategic Plan 2003～2005, MOH Fiji を基に作成

*看護職種は臨床部門と地域保健部門を合わせた数

7. 保健医療機関

フィジーにおいては102名のプライベートドクターと24名の歯科医がいる。以下は保健医療機関についての概要である（表2-5、表2-6参照）。

表 2-5 フィジー国内医療保健機関

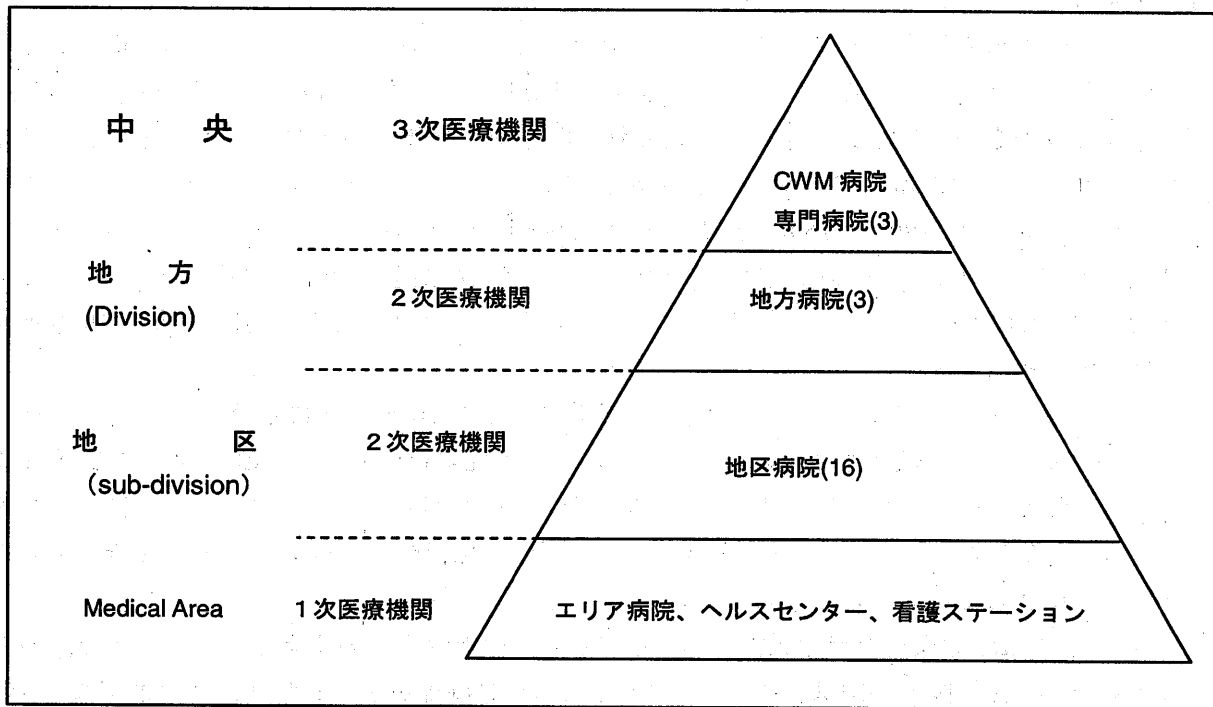


表 2-6 フィジーにおける診療事業

| | 診療レベル | | |
|-----------------|-------|------|------|
| | 1次医療 | 2次医療 | 3次医療 |
| 疾病の診断 | | ● | ● |
| 慢性疾患の継続治療 | ● | ● | ● |
| 妊産婦検診 | ● | ● | |
| 小児健康児検診 | ● | ● | |
| 家族計画ケア | ● | ● | ● |
| 栄養失調児ケア | ● | ● | ● |
| Essential 薬剤の供給 | △ | ● | ● |
| 上記以外の薬剤の供給 | | ● | ● |
| 入院施設 | | ● | ● |
| 訪問ケア | ● | | |
| 検査施設/機材 | | ● | ● |
| ヘルスワーカートレーニング | ● | | |
| EPI | ● | ● | ● |
| 一般外科手術 | | | ● |
| 産科手術 | | | ● |
| 歯科治療 | | ● | ● |

出所：2000年度特別案件等調査報告書（大洋州・保健医療分野）P47を加筆・修正

8. 保健政策の分析と課題

(1) 保健指標からみるフィジーの現状

ある国や地域の総合的な健康水準を表す指標として、乳児死亡率（生後1年未満の子どもの死亡数をその年の出生数でわって、1,000をかけたもの。出生1,000対として表す）がある。乳児は社会のなかで最も弱い存在と考えられ、医療や生活環境の劣悪さがその死亡として端的に表れるからである。フィジーの乳児死亡率は、1975年41.4（出生1,000対）、1980年32.8、1985年17.4、1990年16.8、1996年17.1、2000年16.2であった。一般に途上国においては過少報告（underreporting）の傾向があるので、世界保健機関（WHO）の値をみると、2000年で23.9であったので、だいたい20～25程度と考えられる。我が国でいうと1960年代前半の値に相当する。

ただ、我が国が、戦後、乳児死亡率を大雑把にいうと10年ごとに半分にし、現在では、3（2002年）にまで低下させたのに比べ、フィジーの乳児死亡率は、この20年ほど顕著な改善がみられていない。もちろん経済発展の状況など当時の日本と現在のフィジーでは大きな差があるが、このような乳児死亡率の停滞は、フィジーの保健医療システムが十分機能していないことを反映しているものと考えられる。

また、近年は、循環器疾患や悪性新生物などが死因の上位を占めるようになってきた。旧来の治療中心の保健医療体制は、慢性疾患に対しては、医療費がかかるわりには効果が薄く、疾病の発生の抑制に対してはほとんど無力である。生活習慣等の改善によって、慢性疾患自体を減らすためには、国レベルでの普及啓発はもちろんであるが、地区レベルでの保健医療従事者による住民への働きかけが不可欠であろう。

(2) 保健計画と地方分権化の課題

2002年に保健戦略3か年計画が策定され、さらに、1年計画（Corporate Plan）、部門ごとの運営計画（Business Plan）が立てられているが、2003年の訪問調査時点で、具体的な計画実施の道筋は明確ではなく、計画の実効性は未知数である。

また、併せて国の保健事務次官の権限の一部を地区保健部長に委譲するなどの地方分権化が計画されているが、財源も同時に移すことが必要であるし、人材の確保・開発が伴わなければ、実際の業務が滞る事態も予想される。他の地方分権化の進んだ途上国では、国の責任が曖昧になったり、地方の首長の意向で保健予算が削減されたりするなどの弊害も出ている。地方分権を円滑に進めるには、財政、人材両面での補強が必要であろう。

(3) 保健政策全体の課題

現在、保健行政改革については、AusAIDのイニシアティブで推進されている。残念ながら、われわれには、そのプロセスや内容について評価するだけの知識はない。ただ、どのような内容であれ、その進捗状況は必ずしも楽観できるものではなく、さらに、地区レベルでの実施となると、かなりの時間と努力を要するものと思われる。特にヒト（人材）とヒトを生かすシステムの不足は、深刻である。現実の健康課題に沿った形で人材インフラを整備しないことには、改革が真に現場レベルで根付くことは難しいものと考えられる。

第3章 地域保健の現状

1. 地区保健局行政機構

フィジーにおける地域保健行政は3つの地区保健局（北部、中東部、西部）で構成されている。各地区保健局の役割は地区内における保健関連施設と1次・2次医療及び予防サービスを管理することである。各保健局は保健省事務次官の直下として中央の4局と同列とされ、国家保健計画策定委員会などの国レベルでの委員にも任命されている（第2章図2-1参照）。また、保健省事務次官の委嘱を受け地区における保健分野の人事管理と財政管理を行う。予算は地区保健局が独自に作成した年間計画（District Corporate Plan）を基に予算要求が行われる。病院と地域保健の連携に関しては、地区内の予防及び治療活動を地区病院と関連施設の統合及び連携によって行えるような政策を策定することが地区保健局長の責任とされている。現在オーストラリア国際開発局（AusAID）の支援の下で予防と治療の統合を実現するための組織編制と人材育成が行っている。

地区保健局長以下の部門における役割を以下に示す。

病 院 課：地区病院の管理、監督と調整、副次地区病院における急性疾患治療基準の改正

地域保健課：地区における予防と1次治療に関する計画、実施と管理

運営管理課：地区における財政管理と人事管理

地域保健課長の下には医師、看護師、衛生検査技師、栄養士、歯科医師の各セクター指導監で構成されている。看護師指導監には副次地区病院の地域看護及びヘルスセンターと看護ステーションの看護に関する指導、管理、評価の任務がある。

（中東部地区保健局 図3-1参照）

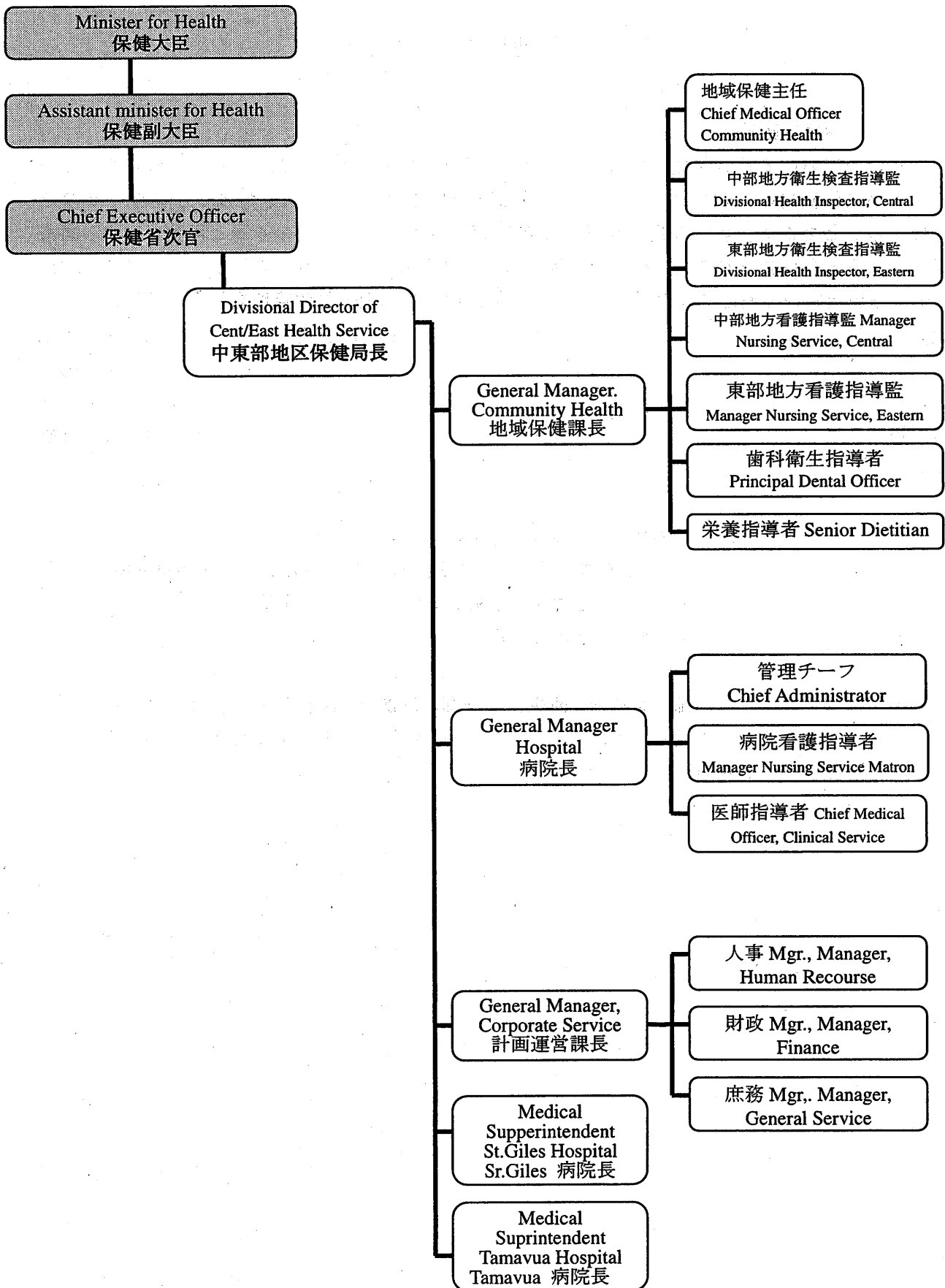


図 3 - 1 中東部地区保健局 (Cent/East Health Service) 組織図

2. 地区保健局における課題

各地区保健局における現在の課題は、公平に人材と資源を分配することであり、特に急性疾患と1次医療及び予防活動のバランスを取ることを重点課題としている。また、都会には人材が余剰となり僻地では欠員又はすぐに離職してしまう現状に対し、僻地と都市での不平等を是正することも課題となっている。以下は西部及び北部地区保健局に関する課題である。

- 1) 公平性のある人材と資源の分配、特に急性疾患と1次医療及び予防活動の両者のバランスを取る。
- 2) 限られた予算内でふさわしい保健サービスを提供する。
- 3) 技術職におけるトレーニング、募集と維持を行う。
- 4) 人口学的見地を基盤とした保健ニーズを把握し、サービスの提供を行う。
- 5) ヘルスケア開発に関する新しいイニシアティブを確立する。
- 6) 保健情報管理システムを導入する。
- 7) 顧客満足を獲得する。

3. 地域保健に関する人材管理・育成制度

集団研修計画は地区保健局地域保健課の各監督監によって計画される（表3-1）。この研修項目は保健省の3か年戦略計画に沿ったものであり、地区保健局年間計画にも位置づけられている。

また、この計画以外にUNICEFや世界保健機関（WHO）などの支援団体が行う特定の保健課題に関する研修が行われることも多い。

表3-1 中東部保健局における年間研修計画

| テーマ | 期間（日） | 対象人数 |
|---|--------|-------|
| 地域保健医師 | | |
| 1. 患者ケアに関する法の方向性（3回に分けて行う） | 3 | 45 |
| 2. Integrated Management of Childhood Illness（IMCI） | 1 | 28 |
| 3. 感染症コントロール | 1 | 43 |
| 4. Norplantと銅付加IUD（IUCD） | 1～2週間 | |
| 5. 精管切除術 | ケースにより | |
| 6. 産科・婦人科・小児科に関する病院見学 | 6か月 | |
| 地域保健看護師 | | |
| 1. 看護基準とその見直し | 2 | 18 |
| 2. 看護の指導 | 2 | 18 |
| 3. 中堅看護師養成のためのプログラム管理・開発 | 3 | 20 |
| 4. 医療・産科に関する緊急対応（点滴療法を含む） | | 20 |
| 5. 子宮ガン検診トレーニング | 3 | 20 |
| 6. 子宮内避妊器具（IUD）の挿入トレーニング | 3 | 14 |
| 7. HIV/AIDS感染コントロール | 3 | 不明 |
| 8. 性感染症（STI）に関する症状管理 | 2 | 10 |
| 9. Oxfamクリニック見学 | 5 | 全副次地区 |

| テーマ | 期間（日） | 対象人数 |
|---|-------|-------|
| 栄養士 | | |
| 1. 食品事業管理 | 3 | 全副次地区 |
| 2. 臨床栄養学 | 3 | 全副次地区 |
| 3. 公衆衛生栄養学 | 3 | 全副次地区 |
| 衛生検査技師 | | |
| 1. 一般管理 | 2 | 5 |
| 2. ヘルシーアイランド | 2 | 5 |
| 3. 地域環境アクションプランのアセスメント | 2 | 5 |
| 歯科医と歯科衛生師 | | |
| 1. トレーニング1（予防） | 3 | 15 |
| 2. トレーニング2（学校歯科保健、歯科保健計画の見直し、次年度の計画策定他） | 3 | 15 |

個別指導に関しては、年に3か月ごとに副次地区病院の地域看護指導監と地区保健局看護指導監で指導者会議が行われる。また、直接住民に保健サービスを提供している看護ステーションの看護師は副次地区指導監の召集の下に毎月連絡会が行われ、活動報告並びに事例検討などが行われている。

人事管理に関しても地区保健局地域保健課に属している各セクター指導監の下で行われている。都市部では常に定員以上の希望があり、僻地や離島では希望者が少なくすぐに離職を希望する看護師もいる。傾向として、僻地では若い看護師が赴任し、数年で配置変更が行われる。人事管理基準は国で定められている（第2章6. 参照）が、若手の看護師は3年間経過した後に面接を行い配置転換が行う。定員に関しては人事院で決定され、配置は実質的には各地区保健指導監の決定によって行われる。中部地区では看護師の定員が235名に対して10が空席であり充足率は95.7%である。10の空席はいずれも僻地である。

政府は他国の資格をもつ看護職を認めることを検討しているが、現行では結論に至っていない。

4. 地域保健活動

住民に対する保健サービスの提供は、看護ステーションの看護師、ヘルスセンターの地区担当看護師、副次地区病院の地区担当の看護師によって行われる。各施設数と看護師数を表3-2、3-3に示す。看護ステーションの看護師は1ゾーンを担当する。地域保健に関する看護師1人当たりの受けもち人口は地域差が大きいが比較的離島のほうが受けもち人口が少なく、ほとんどの離島には駐在している。1ゾーン当たりの人口は平均2,000人である。ヘルスセンターの地域担当看護師は1ディストリクトを担当する。1ディストリクト当たりの人口は5,000人である。各地区の施設ごとに看護師数を表3-2に示す。

表 3 - 2 医療機関と看護師数

| | 中東部 | | 西 部 | 北 部 |
|--------------|-----|-----|-----|-----|
| | 中 部 | 東 部 | | |
| 看護ステーション（施設） | 21 | 33 | 25 | 21 |
| ヘルスセンター（施設） | 19 | 12 | 26 | 18 |
| 副次地区病院（施設） | 4 | 4 | 5 | 3 |
| エリア病院（施設） | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 高齢者ケアハウス（施設） | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 看護師数（人） | 224 | 130 | 303 | 165 |

表 3 - 3 保健施設と看護師数の地区別比較（2002年現在）

| | 中東部 | | 西 部 | 北 部 |
|-------------------------------|---------|--------|---------|---------|
| | 中 部 | 東 部 | | |
| 看護ステーション（施設） | 21 | 33 | 25 | 21 |
| ヘルスセンター（施設） | 19 | 12 | 26 | 18 |
| 副次地区病院（施設） | 4 | 4 | 5 | 3 |
| エリア病院（施設） | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 高齢者ケアハウス（施設） | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 看護師数（人） | 224 | 130 | 303 | 165 |
| 人 口（人） | 312,304 | 45,150 | 336,499 | 160,843 |
| 看護師 1 人当たりの受けもち人口 （人／看護師） | 1394.2 | 347.3 | 1110.5 | 974.8 |
| 看護師 1 人当たりの受けもち人口の全国平均（人／看護師） | | | | 1039.8 |

出所：中部看護指導監より入手

以下は保健センターの地域看護師または看護ステーション看護師の職務基準である。

(1) 以下の保健活動を開催する。

- ・母子保健に関する活動
- ・家族計画に関する活動
- ・学校保健に関する活動
- ・訪問援助
- ・健康教育
- ・環境保健
- ・感染症疾患のコントロール

(2) コミュニティーヘルスワーカー（CHW）の指導と調整を行う。

(3) 薬剤、器材など供給された資源に関する整頓と使用の指導を行う。

(4) 保健事業にかかわる地域との調整に積極的に参加する。

(5) 期限内に月間活動報告を提出する。ただし離島の僻地に関しては例外である。

- (6) 看護学生の教育に参加する。
- (7) そのほか指導監に任命された業務を行う。

地域看護活動は看護師自身で週間活動計画あるいは月間活動計画を作成する。毎月に副次地区内の地域で働く看護師（Nursing Station、Health Center、Hospital）が集まって書類提出や活動報告などを行う。また、CHWとのミーティングも毎月行われており、CHWの活動内容報告が行われている。

A. 看護ステーションの週間スケジュール

| | |
|---|------------------------|
| 月 | 一般患者ケア |
| 火 | 母子保健（MCH）クリニック |
| 水 | 妊産婦クリニック・メディカル／外科クリニック |
| 木 | モバイルクリニック |
| 金 | 書類整理 |

患者数は10～20名程度だが変動が激しく、ほとんど訪問患者がない日も多い。週に1回は担当の6村を巡回診療、村内の家を回って必要があれば診療するということだが、活発には行われていない様子である。

CHWは村内の保健委員会によって任命される。保健委員会は村リーダーと毎年話し合いにより選ばれた住民が委員となる。村のCHWとして任命を受けたものは副次地区で行われるCHW養成トレーニングを終了してCHWとなる。村に所属し、報酬は村単位で決めるがほとんどないのが現状である。活動内容は、1回／2週間のヘルスコミッティーミーティング参加と啓発活動、村が運営するディスペンサリーの管理と運営である。啓発活動については、小学校や村の集会のときに村で問題の健康課題に関して講話などを行う。そのときにリーフレットの配布やポスターの展示もしている。そのほか必要なときにはソーシャルミーティング（ダンスパーティー、カレーパーティー）を行い資金を集める。

5. 地域保健の分析と課題

保健センターの地域看護師の職務基準をみると、プライマリーケア中心で、一部プライマリーヘルスケアの内容となっている。本来的には、保健センターや看護ステーションの活動は予防活動がその中心となるべきであるが、実際のところは、外来診療業務や在宅看護業務に忙殺されており、地域診断に基づく、システムティックな地域保健活動はほとんどなされていない。また、卒前、卒後教育を通じて、このような地域保健活動に必要な知識や技能を身につける機会にも乏しい。

看護ステーションの業務も、地域に出て問題を発見し、地域のリソースを活用して解決を図るという積極性に乏しい。また、村落のCHWとの連携も十分とはいえない。

総括的にいえば、地域保健活動を支える（広い意味での）仕組みが不十分（未発達）なのであろう。ただ、我が国でもそうであったが、このような仕組みは、上から命令したからといって、あるいは制度が変わったからといって一朝一夕にできるものではない。地域保健活動は基本的にはボトムアップアプローチで、それが、ある一定の時期に統合されて、制度面で整備され、他の地域に拡大するというプロセスをとる。したがって、活動の初期には、リソースの乏しいなかか

ら、地域保健活動を引っばっていく、情熱だけは誰にも負けない保健医療従事者あるいは住民の活動が必要である。沖縄県がその好例である。

フィジーの場合、そのようなリーダーシップが今後自然発生的に出てくるとは考えにくい。ただ、何らかの働きかけによって、リーダーシップをもった優秀な人材が育ち、出てくるだけの基盤は十分あるものと思われる。JICAとして、現場で働く保健医療従事者に、地域・コミュニティーに根ざした予防活動の重要性や面白さに気づいてもらい、活動の幅を広げてもらうための効果的な働きかけの方法を多面的に考えていく必要がある。

第4章 保健医療人材養成の現状

フィジー国内の現在の医療・保健に関する養成施設はフィジー医学校とフィジー看護学校の2機関である。以下に両校に関する概要を示す。

1. フィジー医学校（FSM）の概要

FSMは1880年代に設立され、大洋州で最も長い歴史をもつ教育機関のひとつである。4つの学部があり、スバ市以外にラオトカとタマヴアにも分校がある。フィジー人には南太平洋委員会（SPC）、オーストラリア国際開発局（AusAID）、NZAID、台湾赤十字、フィジー公務評議会が奨学金制度を設けており、フィジー以外の大洋州内を対象として世界保健機関（WHO）、オーストラリアハイコミッション、台湾奨学制度、ニュージーランドハイコミッションが奨学制度を設けている。現在EUの援助を受けて新しい校舎を建設中である。

表4-1 フィジー医学校のプログラムの概要

| 学 部 | 学 科 | 養成期間（年） | 資格レベル |
|-------------------|--------------------|-----------------------|-------|
| 歯学部 | 口腔外科 | 5 | 学 部 |
| | 歯科治療 | 3 | ディプロマ |
| | 歯科テクノロジー | 3 | ディプロマ |
| | 歯科衛生士 | 2 | 証 書 |
| 保健科学部 | 医療技術 | 3 | ディプロマ |
| | 作業療法 | 3 | ディプロマ |
| | 放射線技術 | 3 | ディプロマ |
| | 薬 剤 | 3 | ディプロマ |
| 公衆衛生 PHC 学部 | 環境保健プログラム | | |
| | ・環境保健（西シドニー大学との共同） | 4 | 学 部 |
| | ・環境保健 | 3 | ディプロマ |
| | ・衛生検査技術 | 2 | 証書 |
| | ・医療テクノロジー | 3 | ディプロマ |
| | 栄養プログラム | | |
| | ・栄養学 | 2 | ディプロマ |
| | ・栄 養 | 1 | 証 書 |
| | 疫学コース | | |
| | ・基礎疫学 | 1 | 証 書 |
| ・疫 学 | 2 | ディプロマ | |
| ・Postgraduate 疫学 | 2 | Postgraduate ディプロマ | |
| ・疫学（修士） | 現在中止 | 修 士 | |
| ヘルスプロモーション（HP）コース | | | |
| ・基礎HP | 1 | 証 書 | |
| ・HP | 2 | ディプロマ | |

| 学 部 | 学 科 | 養成期間（年） | 資格レベル |
|-------------|--|-----------------------------|---|
| 公衆衛生 PHC 学部 | 保健サービス管理コース ・基礎保健サービス ・保健サービス | 1 2 | 証 書 ディプロマ |
| | 公衆衛生コース ・基礎公衆衛生 ・公衆衛生 ・公衆衛生学 ・Postgraduate 公衆衛生学 ・公衆衛生学（修士） | 1 2 現在中止 2 現在中止 | 証 書 ディプロマ 学 部 Postgraduate ディプロマ 修 士 |
| | 栄養保健コース ・基礎栄養保健 ・栄養保健 | 1 2 | 証 書 ディプロマ |
| | 医学・外科学 | 6 | 学 部 |
| 医学部 | 医学部卒業後証書コース ・産科コース | | Postgraduate Certificate |
| | 医学部卒業後ディプロマコース ・麻酔コース ・地域病院コース ・小児保健コース ・内科コース ・小児・婦人科コース ・外科コース | 2年 | |
| | 大学院コース（ただし上記のディプロマコース修了者に限る） ・麻酔学 ・内科学 ・小児・産科学 ・小児科学 ・外科学 | 4年 | |

2. フィジー看護学校（FSN）の概要

FSNは英国 St.Thomas 病院から派遣された Ms. Frances Webster によって 1894 年より開始された。オーストラリアとのかかわりはメソヂスト教会、エンペラーゴールド会社、砂糖精製会社を通して英国へ帰属する前から始まっていた。また、ニュージーランドはフィジーをはじめ大洋州地域の看護教育に最も深くかかわっており、1936年にアメリカロックフェラー財団の依頼でニュージーランド保健省看護局長が看護学校を訪問し、欧州の看護教育制度を廃止し、地域の状況に即した看護教育を開始した。その後WHO等もカリキュラム改正に支援を行っている。

現在ジェームスック大学が学部レベルの看護学コースカリキュラムを作成中である。

現在の養成コースの概要を表に示す。FSNにおける留学生の割合に関して、看護師養成コースは120人前後を受け入れているが1～10人はフィジー国外の域内諸国から留学生を受け入れている。また、助産師養成コースは1999年に11名、ナースプラクティショナー養成コース2000年に1名の留学生を受け入れている。また、バヌアツは2009年より、自国での助産婦養成コースとナースプラクティショナー養成コースを廃止し、FSNにおいて養成する構想がある。

なお、1982年に日本の無償資金協力により看護学校の新校舎が建設され、機材供与も行われた。

現任の看護師教育に対して、看護学校の教員が依頼されて研修講師をすることはあるが、看護学校独自でプログラムを計画・運営することはない。

表 4 - 2 FSN の概要 (2003 年現在)

| 分 類 | 入学資格 | 養成期間 | 定 員 | 資格レベル | 備 考 |
|--------------|------------------|------|---------|------------|---|
| 登録看護師 | 高校卒業 | 3 年 | 100 名 | ディプロマ | 看護師助産師ナースプラクティショナー委員会で登録された者 |
| ナースプラクティショナー | 登録看護師又は登録助産師 | 1 年 | 10～12 名 | アドバンスディプロマ | 卒業後はヘルスセンターで診療業務に従事する 1999 年より開始された |
| 公衆衛生看護師 | 看護婦登録後 2 年間の勤務経験 | 6 か月 | 10～12 名 | 証 書 | |
| 登録助産師 | 看護婦登録後 2 年間の勤務経験 | 7 か月 | 25～35 名 | 証 書 | |
| 看護管理 | | 9 か月 | 25～35 名 | | 週 2 回、現任看護師を対象に各地方と teleconference にて実施 |

出所：大洋州広域調査員大野政義氏「フィジー看護教育に関わる経緯と現状情報整理」

表 4 - 3 看護学校卒業生数 (基礎看護コース)

| 年 | 応募者 | 入学者 | | 卒業生 | |
|------|-------|-----|-----------|-----|-----------|
| | | 総 数 | そのうちの域内諸国 | 総 数 | そのうちの域内諸国 |
| 1996 | | | | 114 | 5 |
| 1997 | | 141 | 3 | 115 | 1 |
| 1998 | | 144 | 10 | 106 | 3 |
| 1999 | | 143 | 5 | 113 | 1 |
| 2000 | | 153 | 6 | 110 | 2 |
| 2001 | 2,907 | 153 | 1 | 130 | 4 |
| 2002 | | | | 125 | 4 |

出所：大野大洋州広域企画調査員「フィジー看護教育に関わる経緯と現状情報整理」より抜粋

3. 保健医療人材養成の分析と課題

上記2教育機関における人材養成コースのうち、本調査がめざす地域保健のフロントライン人材の養成に関与し得るものは、以下のとおりである。

FSM

- 基礎 HP（1年、証書）
- HP（2年、ディプロマ）
- 基礎保健サービス管理（1年、証書）
- 保健サービス（2年、ディプロマ）
- 基礎公衆衛生（1年、証書）
- 公衆衛生（2年、ディプロマ）

FNS

- 公衆衛生看護師（6か月、証書）
- 看護管理（9か月、遠隔教育）

これらのなかでJICAプロジェクトとの相乗りの可能性がもっとも高いものは、最後にあげた看護管理であろう。すなわち遠隔教育によるもので、現職にあって受講できるからである。ただしその趣旨は管理職（マネージャー）養成にある模様で、フロントラインの業務との連携は必ずしも強くないかもしれない。しかし「駐在保健師への支援のあり方」などのテーマで、沖縄の実績に基づいて議論をすることは可能であり、大いに意義があると考えられる。

第5章 島嶼地域保健行政研修参加者の活動

1. 研修コースの概要

沖縄県は戦後復興の過程で公衆衛生看護婦や医介輔の活用等、島嶼性を克服するために地域保健行政システムを強化・拡充し、地域保健の発展に努めてきた経験がある。自然条件や地理的特性が沖縄県と比較的似通った大洋州諸国では、同様な課題が生じており、沖縄における経験が大洋州諸国の参考となるものと思料される。これらを背景に、2000年度「島嶼地域保健政策」コースが開設され、2001年度からは「島嶼地域保健行政」へと研修内容及び名称を変更し実施された。

本研修コースでは、大洋州諸国において保健師（地域看護職）活動及び保健師の人材育成に携わる者を受け入れ、沖縄県における地域保健行政の経験を参考に大洋州諸国の地域保健に携わる看護職の確保及び活用計画を提案する。

表5-1 研修コース概要

| | | | |
|---|--------|---|--|
| 1 | 実施年度 | 2001年度 | 2002年度 |
| 2 | コース名 | 「島嶼地域保健医療行政」 | 「島嶼地域保健行政」 |
| 3 | 研修期間 | 2002年1月14日～2002年1月31日 (3週間) | 2003年1月14日～2003年2月10日 (4週間) |
| 4 | 定員 | 7名 | 7名 |
| 5 | 主な資格要件 | 1) 大洋州地域において保健婦（地域看護職）活動及び保健婦の人材育成にかかわっている者（看護局長レベル） 2) 国若しくは州レベルの看護監督者として5年以上の経験があるもの | 2001年度（左記参照）と同じ |
| 6 | 到達目標 | 1) 各国の地域保健行政優先課題を明らかにする。 2) 沖縄の保健開発経験（1945年以降）を大洋州地域の問題解決の視点で評価する。 3) 地域看護職への行政サポート計画を改善する。 4) 地域看護職に対する生涯教育計画を策定する。 | 1) ヘルスニーズ、ヘルスシステム、公衆衛生活動について、自国と沖縄の比較ができる。 2) 地域看護職への教育や研修について、自国と沖縄の比較ができる。 3) 人材育成の基本理念、行動指針を理解する。 4) 自国の地域看護職の質を向上するための人材育成計画を提案できる。 |

| | | | |
|---|------|---|--|
| 7 | 研修内容 | <p>1) 講義</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本（沖縄含む）における公衆衛生活動と人材区政 ・公衆衛生サービスに必要な人材（大洋州諸国の事例） ・沖縄における疾病構造の変遷と行政の取り組み ・沖縄における公衆衛生活動 ・沖縄における公衆衛生看護教育 ・地域保健行政における人材育成（モデル利用と計画策定・プログラムの評価と実施） ・沖縄で実施された公衆衛生看護事業への評価 ・保健師に対する行政（県）の支援 ・地域保健と看護協会の役割・活動 ・健康事業における地域との連携 <p>2) ケースメソッド</p> <ul style="list-style-type: none"> ・結核対策における地域保健行政の役割 ・寄生虫対策と地域保健行政の役割 <p>3) 演習</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カントリーレポート発表 ・アクションプランの作成・発表 <p>4) 見学</p> <ul style="list-style-type: none"> ・離島医療活動（保健師、地区組織） ・地方自治体における保健師の役割 <p>5) その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国際シンポジウム「沖縄における保健医療人材確保の経験から」 | <p>1) 講義</p> <ul style="list-style-type: none"> ・沖縄における健康問題と保健行政の変遷 ・沖縄の戦後の公衆衛生看護婦人材育成の変遷日本の保健医療システム ・沖縄県の現在の課題と保健政策 ・沖縄の離島における保健課題と対応 ・沖縄における保健師の継続教育計画 ・離島・僻地の保健師活動支援 ・ケースメソッドティーチング法 ・保健計画の策定 ・看護職の職業能力向上のために必要な支援体制 ・沖縄県北部福祉保健所の機能と役割 ・沖縄県福祉保健所における人材育成 <p>2) ケースメソッド</p> <ul style="list-style-type: none"> ・沖縄における母子保健分野での連携 ・公衆衛生看護婦人事管理の分析 ・ケースメソッドティーチング法 <p>3) 演習</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カントリーレポート発表 ・プリシード・プロシードモデルの大洋州への適用 ・PCMを用いた計画策定・発表 <p>4) 見学</p> <ul style="list-style-type: none"> ・沖縄県福祉保健所における人材育成 ・地区診断 ・伊江村の保健活動 ・地区組織活動の育成・支援 |
| 8 | 教材 | <p>1) 報告書・援助手法調査研究「沖縄の地域保健医療における開発経験と途上国への適用」</p> <p>2) ワークブック</p> <p>3) ビデオ教材「沖縄の疾病構造の変遷と行政の取り組み」</p> <p>4) ビデオ教材「沖縄の公衆衛生看護婦」</p> <p>5) ビデオ教材「沖縄公衆衛生看護婦マニュアル実践・結核編」</p> <p>6) ビデオ教材「寄生虫ゼロ作戦を実行せよ」</p> <p>7) National Health Administration in Japan</p> | <p>1) ビデオ教材「沖縄の疾病構造の変遷と行政の取り組み」</p> <p>2) ビデオ教材「沖縄の公衆衛生看護婦」</p> <p>3) ビデオ教材「沖縄公衆衛生看護婦マニュアル実践・結核編」</p> <p>4) ビデオ教材「寄生虫ゼロ作戦を実行せよ」</p> <p>5) National Health Administration in Japan</p> <p>6) Project Cycle Management Management Tool Development Assistance</p> |

| | | | |
|---|------|---|---|
| 9 | 協力機関 | 沖縄県福祉保健部、沖縄県立看護大学、沖縄県看護協会、琉球大学医学部、沖縄県八重山保健所、沖縄県八重山病院、同院大原診療所、同院小浜診療所、竹富町役場健康保険課 | 沖縄県福祉保健部、沖縄県立看護大学、沖縄県看護協会、琉球大学医学部、八重山福祉保健所、竹富町役場健康保険課 |
|---|------|---|---|

2. 帰国研修員によるコース評価

2000～2003年度まで、毎年1名、計4名のフィジー研修員を受け入れた。2001年度研修員はフィジー看護学校（FSN）校長であり、2002年度はコースチューターとして研修コースに参加した。また2002年度研修員は、フィジー保健省地域保健部長代理（Acting Manager Nursing Community Health for the Central Division）であり、両帰国研修員は本プロジェクトの重要なアクターと想定される。一方、両帰国研修員へアンケート及びヒアリングを実施しコースの評価を行った。その結果、沖縄と同様に、離島及び農村部のヘルスセンターに従事する看護職の人材育成を課題とするフィジーにおいて、本研修コースは有益であるとの評価を得た。

研修内容については、「見学研修」「地区診断」「地域との連携」「関係機関との連携」に関して評価が高かった。特に「地区診断」に関しては、フィジーでは看護師が地域の課題を把握する活動に取り組んでおり、今後は地区診断や活動の計画に関する研修が求められているという点で有益であるとの評価を得た。また「関係機関との連携」に関して、沖縄県看護協会の機能に関する研修を評価しており、フィジー看護協会に同様の役割が期待されるとの意見も聞かれた。

研修教材については、ビデオ教材及びケースメソッドについて高い評価を得た。本教材はJICA 沖縄国際センターが沖縄の保健医療活動の経験を視聴覚教材にまとめたもので、ケースメソッドと組み合わせて研修を実施する。自国の地域保健の経験を文書化及び映像化、教材として活用するために論理的に組み立て直した点が有益であるとの評価を得た。

表5-2 帰国研修員コース評価

| | |
|--------------|--|
| 1. 有益な研修項目 | <ol style="list-style-type: none"> 1) 見学研修（石垣島・竹富島） <ul style="list-style-type: none"> ・保健師活動 ・地区組織活動 2) 地区診断 3) 地域との連携 4) 関係機関との連携 5) ビデオ教材・ケース教材 6) 行政レベルにおける地域保健政策の立案 7) 看護職への行政支援 8) 保健人材の活用と育成 |
| 2. 追加すべき研修項目 | <ul style="list-style-type: none"> ・予算確保、配分、管理 ・プロジェクト評価及び監理 |

第6章 関係団体の活動

1. 国立健康促進センター（NCHP）

フィジーNCHP委員会は、国民の健康の向上のために政府と非政府組織の連携と協働を促進する目的で1997年に保健省によって設立された。委員会は23の団体（政府機関、労働組合、教育機関、地区組織）から構成されており、ヘルスプロモーション委員会の下位組織として、下記の各活動からなる小委員会がある。

- 1) 政策小委員会
- 2) 能力強化（教育とトレーニング）小委員会
- 3) 地区組織強化小委員会
- 4) ソーシャルマーケティング小委員会
- 5) 調査・評価小委員会

また、NCHPの職員は委員会に参加すると同時に、活動の指導・調整・運営を行う。

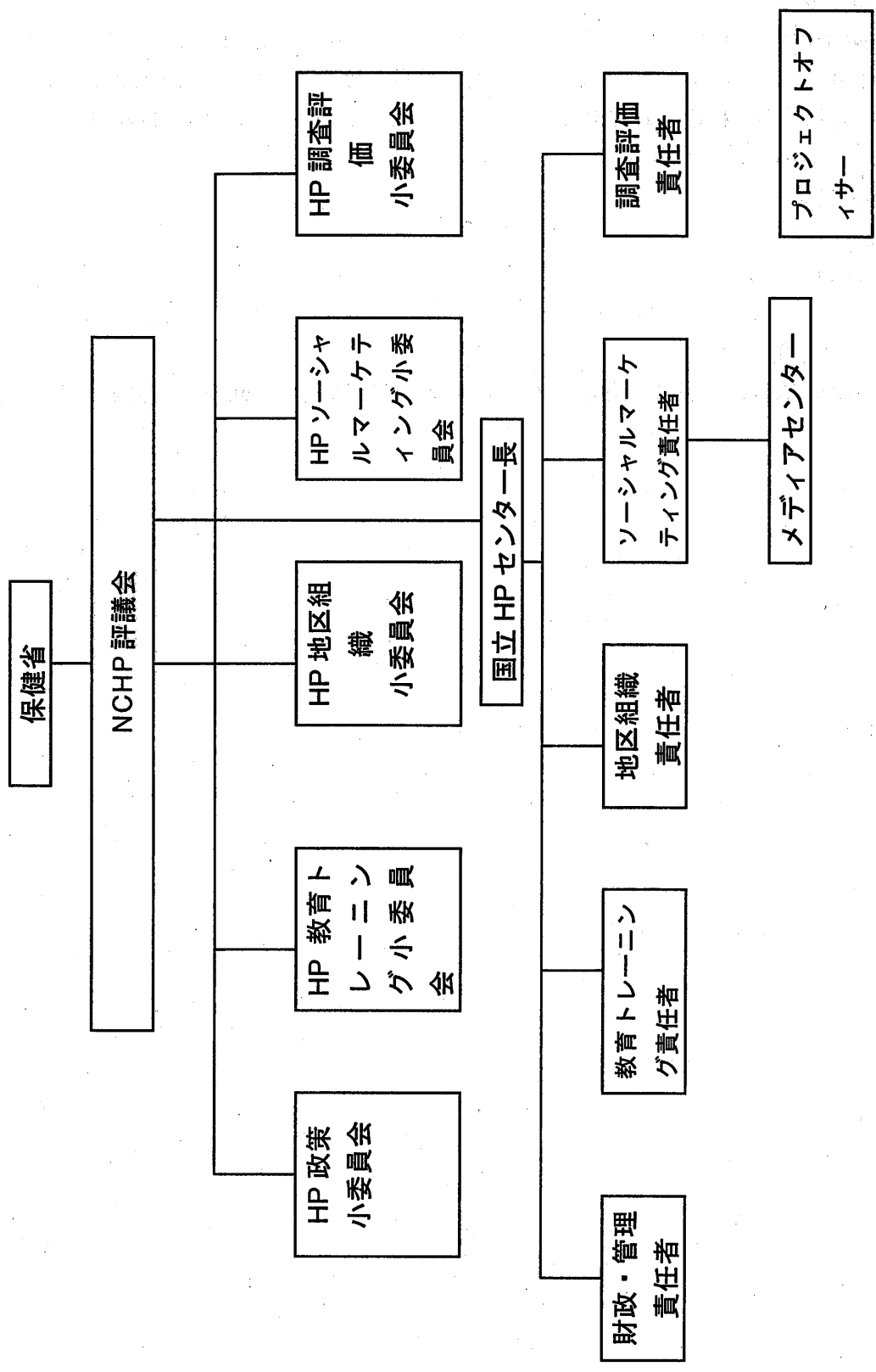


表 6-1 NCHP の構造

2. 地域に根ざしたリハビリテーション（CBR）支援プログラム

(1) 概 要

地域に住む障害者への認識を高めることや、専門職を有する高度なりハビリテーション施設へのアクセスを身近にすることを目的に、非政府組織（NGO）「Save the Children」の基金によって1983年に開始されたCBRの活動を1996年にフィジー保健省が継承し、本プログラムが発足した。身体障害者に対する社会的リハビリテーションのほか、現地で問題となっている糖尿病など成人病の知識を普及する活動も行っている。

(2) 活 動

本プログラムは、以下のようなスローガンを掲げ、医師、地域看護師、保健計画看護師、地域リハビリテーションワーカー等によるチームを組んで活動を行っている。頻度は各地域によって異なるが、フィジー国内の13のサブディビジョンのヘルスセンターに各1名ずつ配置された地域リハビリテーションワーカーを中心に、ビレッジ・ヘルス・ワーカーにCBRのトレーニング、家庭訪問、学校訪問を通じた障害児のメインストリーミングの働きかけなどを実施している。

- ① 地域住民の健康水準向上及び障害をもつ住民のケアに関する地域の役割の強化
- ② すべての住民、とりわけ専門職のいるリハビリテーション施設や病院から隔てられてしまった経験をもつ人々にアクセス可能なCBRサービスの実現
- ③ 政府組織とNGOが協働して、障害者のニーズを満たすためのネットワークづくりやその強化を行う活動への参加
- ④ 病気や障害の予防や早期発見、マネージメントに関するヘルスプロモーションへの貢献

本プログラムの事業によって、より適切なりハビリテーションなどへのアクセス強化のための情報提供、住民の生活の質の向上、障害者への偏見をより少なくすること、家庭やコミュニティのネットワーク強化が進められている。地域住民のリーダーを教育し、協力して活動を行うことも、これらの事業実施の重要な要素である。

3. フィジー看護協会

フィジー看護協会は全国の看護師の声を代弁する団体として、またメンバー看護師への財政援助等相互扶助事項を実施する。全看護職の約90%が所属する。本部と地方ごとの支部で構成され、年1回の定期総会と3か月に1回の支部会議にて運営される。定期刊行物を発行していることから、繋がりが強い組織と判断できる。

同協会がもつ看護職ネットワークを活用することは、本プロジェクトにおいて有効であると考えられる。協会がもつチャンネルを通じ、セミナーの開催案内やニーズ調査アンケートを実施するといった活用方法が提案できる。

一方で、同協会の主な活動内容は、労働環境の改善であり、職能研修の実施ではない。この点が日本における看護協会と大きく異なり留意が必要である。

表 6 - 1 フィジー看護協会の概要一覧

| | | |
|---|--------|--|
| 1 | 理 念 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 看護職の専門性を高め、同職の社会貢献を支援及び促進すること 2. 看護職の社会的及び経済的環境を改善すること |
| 2 | 主な活動内容 | <ol style="list-style-type: none"> 1. ニュースレター（月 1 回）の発行 2. マガジン（3 か月に 1 回）の発行 3. 労働環境改善交渉 4. 看護職に対する相談及び助言（主に職場環境に関して） |
| 3 | 運営方針 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地方ごとの支部と全国組織を取りまとめる幹部（常勤職員 4 名）で構成 ・ 3 か月に 1 度、会地方支部ごとに会議を開催 ・ 年に 1 度全国集会を開催 ・ 運営資金は、フィジー保健省（MOH）、International Council for Nursing 等からの助成金 |
| 4 | 構成員 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師 ・ ナースエイド ・ 看護学生 |
| 5 | 連絡先 | <p>住所：GPO Box 1364 26 McGregor Road Suva</p> <p>Tel: 3305855 / Fax: 3304881 / E-mail: fna@connect.com.fj</p> |

第7章 海外援助機関の動向

1. 世界保健機関（WHO）

(1) 概 要

WHOは、保健衛生分野における問題に対し、広範な政策的支援や技術協力の実施、援助等を行っている。また、伝染病や風土病の撲滅に係る種々の活動、国際保健に関する条約、協定、規則の提案、勧告、研究促進等も行っており、ほかに食品、生物製剤、医薬品等に関する国際基準も策定している。

(2) 大洋州における WHO の事業展開

WHOではパプア・ニューギニアを含む21か国を大洋州諸国として認識し、支援を行っている。重点分野は感染症（結核、HIV/AIDS、性感染症等）、糖尿病、喫煙、メンタルヘルスで、地域に根ざした活動を重要視している。また、厚生労働省から供与されたパソコン等を用いて、近々IT関連の研修を始めるべく準備している。

これまでにWHOとフィジー政府によって実施されたプログラムの対象分野は以下のとおりである。本プロジェクトに関連する保健分野人材育成については、これまで臨床の看護師に対するプログラムとイン・サービストレーニングが強化されてきたが、今後ヘルスケアの質を更に高めるために、医療、看護に加えサポートスタッフの技術向上に力を入れていく方針である。

〈WHOとフィジー政府の共催プログラム対象分野〉

- ① 疫学、統計、傾向評価（Trend Assessment）、国別保健情報
- ② 保健制度の調査と開発
- ③ 国家保健制度と政策
- ④ 地方保健制度
- ⑤ 保健分野の人材
- ⑥ 必須医薬品に関する行動計画
- ⑦ 加齢と保健
- ⑧ 精神保健
- ⑨ ヘルス・プロモーション（HP）
- ⑩ リハビリテーション
- ⑪ 栄 養
- ⑫ 食品安全性
- ⑬ 都市開発における環境衛生

(3) 本プロジェクト実施に係る WHO の見解

本プロジェクトは大洋州において不足している分野を補うものであり、人材育成についてはWHOも主要な課題としてあげているため大いに期待しているというコメントを得た。

また、実施にあたっては、

- ・トレーニング等を行った際の評価は確実に行うべきである。
 - ・各地域の人材は限られていて、例えば1人しかいない Village Health Worker を研修に呼ぶと
なるとその村での活動が止まってしまう。この類の問題とどう折り合いをつけるかを考慮し
なければならない。
- という点についてアドバイスを受けた。

2. オーストラリア国際開発局 (AusAID)

(1) 概 要

AusAID は、開発途上国の貧困削減並びに持続可能な開発によるオーストラリアの国益推進を目的に、オーストラリア政府が実施する海外援助プログラムの管理を実施する機関である。また、開発問題に関する政策提言や、開発途上国、民間組織、国際機関、非政府組織 (NGO) との連携により貧困削減のためのプログラム開発・管理を実施している。

(2) 保健分野における援助方針

保健分野におけるオーストラリアの援助計画は費用対効果を考慮し、プライマリーヘルスケアに焦点をあてて実施される。重点分野として、母子保健 (MCH)、家族計画、HIV/AIDS が掲げられ、特に大洋州地域においては、生活習慣病が優先課題とされている。また、公衆衛生システム、疾病監視システム、製薬供給システムといった国レベルの保健政策支援から、地域に根ざした保健サービスの提供といったローカルレベルの支援まで、包括的なアプローチで保健システムの再建をめざす。

2003～2004年については主に次の活動が計画され、予算規模は約2,500万オーストラリアドルとされる。

- ・感染症及び生活習慣病対策として、地方及び農村部におけるキャパシティービルディングと住民への直接サービスを実施予定
- ・HIV/AIDS 対策として、HIV/AIDS アジア太平洋リーダーシップ・フォーラムで採択された HIV/AIDS イニシアティブを継続させ、活動を実施予定

(3) AusAID フィジー保健マネージメントリフォームプロジェクト

- ① 予 算：900万オーストラリアドル
- ② 期 間：5年間 (1999～2004年)
- ③ 目 標：ヘルスサービスの分権化とマネージメント強化によるヘルスサービス改善
- ④ 目 的
 - (ア) 病院及びコミュニティーヘルスサービスの効率的な統合と地方分権化を通じた保健省組織構造の強化
 - (イ) MOH 管理職の政策策定、モニター、評価能力の強化
 - (ウ) 適切な保健サービスマネージメント研修のすべてのレベルでの実施による地方分権化マネージメントの強化
 - (エ) 病院、地域保健サービス改善強化のためのシステム改善
 - (オ) 適切な情報・保健システムの確立
 - (カ) 各レベルでのマネージャーの権限強化と関連法律、スタッフ、財政、供給、維持管理

の改善

(キ) 適切な予算とタイムフレーム内での目的達成のためのプロジェクト管理システムの確立

⑤ 進捗状況

- ・プロジェクトは2000年5月のクーデターの影響により開始が遅れたが、タベウニ地区における患者管理システム（PATIS）パイロットプロジェクトが実施され、北部地域へ拡大された。今後は、同システムについて、本省及び他の3地域における同システムの確立をめざす。
- ・MOHの新予算管理情報システムの導入に関し、フィジー政府大蔵計画省のソフトウェア購入等に係る予算措置を進行させることが課題。
- ・地方分権化に関し、本省関連部局の連携、地方保健局のキャパシティー強化のための研修ニーズ、システム設置が課題であり、これらに関してアドバイザーの配置を計画。

(4) AusAID ヘルスセクター改善プログラム

① 期 間：5年間（2004～2009年）

② 目 標：フィジー国民の健康振興のためのヘルスシステム改善

③ 目 的

(ア) MOH 本省レベル

- ・地方分権化システムの確立と強化
- ・地域保健の改善と、健康振興のための住民参加の促進
- ・人的資源の開発

(イ) 地方3州レベル

- ・地方分権化システムの確立と強化
- ・地域保健の改善と、健康振興のための住民参加の促進
- ・地方及び農村部における保健サービスの改善

④ 特記事項

- ・本プログラムでは、財政・システムマネージメント・モニタリング・評価への支援を通じ、保健マネージメントのリフォームを完結させる予定。
- ・人的資源開発活動のひとつとして、フィジー看護学校（FSN）のアップグレードとフィジー医科大学（FSM）との合併を実施予定。最終的には南太平洋大学（USP）傘下への設立をめざす。
- ・地方及び農村部でのヘルスサービス向上を目的に、医師や看護職のための政策改善を実施する予定。特に国立健康促進センター（NCHP）は、地方及び農村部の住民やNGOを対象に研修を実施する予定。

3. The Secretariat of the Pacific Community (SPC)

(1) 運営体制

SPCは、South Pacific Commission（南太平洋委員会）として1947年に設置され、大洋州地域において最も歴史がある組織である。大洋州地域の生活向上を目的とし、技術支援、研修、そして調査研究を実施する。現在は22の大洋州地域を含む27の国と地域が参加する。

2年に1度全体運営会議が開催され、事業計画が決議される。事務局本部はニューカレドニアにあり、年間予算規模は約28億円、約250名の正規スタッフで運営される。またフィジーに支所があり、特に、公衆衛生分野を担当している。

表7-1 SPC概要

| | |
|----------|---|
| 1. SPC概要 | 1) 大洋州地域：22 フィジー、サモア、パプアニューギニア、ソロモン、バヌアツ、トンガ、マーシャル、パラオ、ミクロネシア、ツバル、キリバス、ナウル、北マリアナ諸島（アメリカ）、グアム（アメリカ）、アメリカ領サモア、フランス領ポリネシア、ピトケアン島（イギリス）、トケラウ（ニュージーランド）、ニウエ（ニュージーランド）、クック諸島（ニュージーランド）、ワリス諸島（フランス）、ニューカレドニア（フランス） 2) その他：5 オーストラリア、ニュージーランド、イギリス、アメリカ、フランス |
| 2. 使用言語 | 英語・フランス語 |
| 3. 職員数 | 243名 |
| 4. 予算 | 2,538万米ドル（約28億円） |
| 5. 事務局 | 事務局本部： ニューカレドニア（フランス） 支所： フィジー ※公衆衛生分野を担当 |

(2) プログラム方針

SPCのプログラムは、地球資源、海洋資源、社会資源（人材）の3つに分類される。社会資源（人材）分野へのプログラムは、大洋州地域の人々の健康・文化・情報入手に関する潜在的能力の向上と女性や若者のエンパワーメントを目的に実施される。

社会資源（人材）分野へのプログラムとして、大洋州の地域保健の向上をめざす公衆衛生プログラム（PHP）が実施される。2003～2005年の期間は、次の5つが優先課題として取り組まれている。

- ① 環境衛生対策
- ② 生活習慣病の予防
- ③ HIV対策
- ④ 感染症対策
- ⑤ 公衆衛生分野におけるキャパシティーの把握（WHO、Pan American Health Organization、アメリカ、オーストラリアと連携して実施）

(3) PHP

2003～2005年までの3年間は、大洋州地域における公衆衛生分野のキャパシティービルディングと、地方における公衆衛生活動の促進を目的に活動が展開される。活動の成果として、次の8つが見込まれる。

- ① 公衆衛生活動要素及び人材像の確認・大洋州域内での能力格差の把握

- ② ヘルスワーカーの能力の向上
- ③ 包括的かつタイムリーな情報提供及びアクセス
- ④ 政策改善・法的枠組みの制定
- ⑤ 公衆衛生分野のキャパシティー強化
- ⑥ 地方（農村部）の現状把握
- ⑦ 大洋州と国内外の協力機関との連携強化
- ⑧ SPC の政策的枠組みの改善

(4) 評 価

PHP に関する年間実施報告・計画は、SPC 執行部とドナーによって6か月ごとに評価され、必要な部分については見直しが行われる。また年度ごとの PHP のモニタリングが実施され、SPC 加盟国（地域）の定例会にて評価が行われる。このほか、5年に1度 SPC 全体のプログラム評価が実施され、PHP に関してもその一部として評価が行われる。

(5) 他機関との連携

PHP の予算は大洋州地域から提供されるが、他機関（WHO、UNAIDS、UNICEF、ForSec、SPREP、SOPAC、フィジー医科大学、グアム大学、サモア国立大学、NGO、各国の援助機関等）と積極的に連携し、人材及び資金の充実を図る。

第 8 章 技術協力案

1. 地域保健の現任者教育に関する現状と課題

フィジーにおける保健セクターは大きな変革期を迎えている。現在の主な課題は地方分権化、コミュニティとの連携、生活習慣病対策、HIV/AIDS 対策などである。これらの政策並びに行行政システムの現状と課題については、第 2 章に述べた。

上記の政策に対する戦略として注目されるのは、オーストラリア国際開発局（AusAID）の協力による戦略策定と、国立健康促進センター（NCHP）によるコミュニティを巻き込んだ保健増進である。前者はトップダウン、後者はボトムアップのアプローチをとっているというアプローチの違いはあるが、どちらも現場重視という点で JICA の姿勢と似ており、JICA プロジェクトとは協調しつつ重複を避けるべき相手であろう。特に前者に関して、Taveuni Sub-Division における地方分権型マネジメントのパイロットプロジェクトが成功し、その成果を 2004 年から 5 年間かけて全国展開しようとしていることは見逃せない（これらについてはそれぞれ第 7 章 3. 並びに第 6 章 1. を参照されたい）。

保健医療人材養成に関して、前節で述べたように医療人材向けにフィジー医学校（FSM）が医師とパラメディカル要員の教育を行っている一方、フィジー看護学校（FSN）では看護職（看護師、保健師、助産師）の養成を行っている。

看護職はこれらの新しい状況下において、以前にも増して現場の活動を幅広く担う立場にある。しかし現実には病棟における臨床看護の業務が未だ主流であり、我が国の保健婦にあたる Zonal Nurse も在宅治療に忙殺され、地域との連携にまで手が回らないのが現状である。看護職の治療に対する負担を軽減するためにも、住民を指導・教育することが必要と考えられるが、そのような戦略に沿って地域保健活動を計画・実施・評価する力量は、今のところ極めて乏しい。すなわち現役の看護職に対する再訓練（現任教育）が必要と思われる。

この点に関して、沖縄における「島嶼地域保健行政」コースにフィジーから参加した元受講生は、沖縄の保健婦（公衆衛生看護婦）による地域保健の実績に学びたい意向を強く示している。すなわち（1）保健婦が地域と連携を密に保ち、地域の自主的な活動を支援していること、並びに（2）そのような保健婦活動が地域住民に高く評価されていることに、感銘を受けた模様である。また（3）中央の指令を地域に下ろすのではなく、地域のニーズと資源を診断することの重要性に気づいた、とも述懐した。

看護教育の最高指導者や、地域看護管理の中堅が、上記のようなコメントをしたことは、現場の看護職にとって地域診断や住民参加の技術を学びなおすニーズが、極めて高いことの証左であろう。

この件に関して本調査では、以下のことが確認された：

- ・フィジー及び島嶼国において看護職（特に Zonal Nurse）が保健増進活動の主要部分を担うことになっている。しかし現実には在宅患者の巡回治療などに忙殺され、予防保健や健康増進などの活動に専念できない状況にある。
- ・NCHP が学校、境界、職場などを拠点に保健増進の試験を行っている。NCHP が推進している“Health Profile”は「地域診断」を拡大したものとみなすことができる。
- ・NCHP のアプローチはここ数年で飛躍的に具体化されたとはいえ、いまだ観念的な感じが

する。NCHP の概念や方針と、Zonal Nurses による実践が結びつくことが望ましい。

- ・ 看護師に対する現任教育は不十分である。FSN は現在のところ現任教育を担っていないが、実習を企画することはできる。地域診断、住民参加などの実習を強化することは必要かつ有効であろう（狭義には「現任教育」と呼べないが、FSN を巻き込むためには試験的な卒然教育も必要と考えられる）。

2. 協力にあたっての留意点

上記の協力を行う際に留意すべきことを以下に述べる。

(1) 情報伝達の階層性とそれに伴う評価法の開発

本案件は研修を主体とし、その現場においてその研修成果を実証しようというものである。一般に研修や IEC、普及など情報の伝達を主な活動とするプロジェクトでは、活動（普及）、成果（行動変容）、波及効果（健康の増進など）を別個に評価・モニターしなくてはならない。本案件では上述のように知識の伝達が階層的に行われるため、評価は更に複雑になることが予想される。混乱を避けるために、研修を受けた看護師並びにコミュニティーヘルスワーカー（CHW）における行動変容を評価の焦点とすることが望ましい。

(2) 国際協調の重要性

連携若しくは協調すべきステークホルダーとして以下のものがあげられる。

AusAID:

保健政策の刷新計画に沿って本プロジェクトを位置づけるべき。またタベウニプロジェクトの成果を踏まえることが重要。

世界保健機関（WHO）:

広域協力について意見を聞く。Open Learning と提携の可能性もあり。Impact Methodology が実用的であれば、本プロジェクトの評価に導入することも考慮。

FSM:

WHO 予算で国内研修を実施している。一部研修の委託も可能。プロジェクトのモニターを委託可能。

南太平洋大学（USP）:

人文系学部（社会学、人類学など）に研修、モニターを委託可能。

FNA:

僻地赴任の看護職の実情に詳しい。短期研修の委託可能。Retention のモニター可能。FNA 職員を沖縄の研修に招くことも考慮すべし。

NCHP:

保健増進、IEC に戦略と実績があると思われる。日本からの視聴覚機材を活用。“Profile” 開発に本プロジェクトが合流することも可能か。広報を委託可能。

南太平洋委員会（SPC）:

情報通として活用。礼を失しない付き合いが肝要。

3. 国内支援体制

沖縄県との連携は次項で述べられるので、ここでは、それ以外の国内支援体制について述べ

る。

公衆衛生活動に関する卒後教育の支援に関する国内のリソースとしては、国立保健医療科学院があげられる。国立保健医療科学院は、我が国の保健所、衛生研究所、検疫所など、国や地方自治体等において保健医療分野、生活衛生分野及びこれらとかがわりの深い福祉分野に従事する技術専門職員等を対象に、将来指導的な役割を果たすことが期待される人材の養成とこれに対する学理の応用に関する調査・研究を行うことを任務とした厚生労働省下の機関である。国内においては、地方自治体からの派遣者を中心に長期・短期の教育訓練コースを提供しており、年間3,000人が受講している。

特に公衆衛生看護部は、保健師・助産師による地域保健活動の展開について、公衆衛生政策部は、地域保健システムの構築や地域保健計画の立案・実施・評価について、研修企画部は、教育訓練の技術やカリキュラム開発にそれぞれ造詣が深い。また、以前から、JICAプロジェクトを含め国際協力活動も活発に行っており、フィジーへの技術協力においても、技術・人材のリソースとして連携が可能ではないかと考えられる。

我が国の公衆衛生従事者（特に経験の浅い初任者）の現任教育については、2003年度に、厚生労働省健康局総務課が国内の地域保健関係者に呼びかけて、「新任時期における地域保健従事者の現任教育に関する検討会」を立ち上げ、必要とされる能力と具体的な到達目標、現任教育の方法とその指導体制について、詳細に検討を加えた。間もなく報告書が公表されるが、我が国のみならず、国際保健分野においても、地域保健活動を展開する上で、どのような能力をどのように身につけたらよいのかに関して、貴重な示唆が得られるものと考えられる。

4. 沖縄との連携

2000年4月に開催された大洋州・島サミット（第2回・SPF首脳会議）が行われ大洋州における人材育成分野に貢献していくことが確認され、「島嶼地域保健行政コース」が実施される運びとなった。研修においては、沖縄県が抱える島嶼性から起因する諸問題を克服するための人材育成・管理が大洋州においても大いに適応できることが参加した研修員によって確認された。今後の技術協力においても沖縄県の知見と経験を適応するために本邦研修の協力を依頼するとともに短期調査団の派遣等の協力を仰いでいく。

5. 広域協力案

フィジーの周辺にはバヌアツ、ツバル、トンガ、サモアなどの国があるが人口が約1万～20万人と小規模であり離島を有している。そのために効果的な保健サービスの提供を行うためには、人材開発や保健システムの構築、基本的資機材の投入及び維持管理など克服しなければならない課題は多くあると思慮される。特に人材開発に関しては、まずは指導者となる人材の確保と育成が最も重要な課題となっている国もある。このような国を対象として、フィジーを核として行う人材育成技術支援の管理者・指導者を対象として行われる管理者・指導者トレーニング（TOT）に周辺国の管理者も対象とすることは有効である。対象国を選定するにあたっては、支援保健政策のなかでの人材開発の優先度、保健行政制度、地域保健活動内容を考慮する。また、日本がこれまでに行った病院建設などの支援、技術協力なども参考にする。TOT終了時には各国で適応できるような活動計画を研修参加者が作成し、専門家による巡回指導等で継続的に技術指導を行う。さらにフィジー指導者の巡回指導なども考慮する。必要に応じてマニュアルの現

地語版の作成や資機材の供与も検討する。

表 8-1 フィジーの周辺国における無償資金協力

| 国名 | 協力案件名 | 実績年度 | 内容 |
|------|------------------------------|--------------|---|
| キリバス | トゥンガル病院 改修計画 | 1989 1990 | 施設建設 中央診療部門／病棟部門／管理教育部門 機材 外来部門／中央診療部門／その他 |
| バヌアツ | 国立病院機材整備計画 | 1994 | 機材 手術器具／手術台／分娩台／保育器 |
| ツバル | プリンセスマー ガレット病院建設・医療機材供与計画 | 2001 | 施設 外来部門／中央診療部門／病棟部門 機材 超音波診断装置／X線診断装置／中央患者看視装置 |

6. プロジェクト概要案

本調査において収集した情報を分析した結果を基に保健省（MOH）事務次官代行、MOH 看護指導監、FSN 校長とともに協議を行い以下のプロジェクト概要案を作成した。

(1) 案件名：フィジー草の根保健従事者支援プロジェクト

(Supporting for Frontline Health Workers Project in Fiji)

(2) 上位目標

保健サービスの質が向上する。

(3) 案件の目標

対象地区における地区住民の組織活動の支援体制が構築できる。

(4) 成果

1. 現在の地域看護師と看護指導監の業務内容が改善される。
2. 地域看護師が自己の行う保健活動の優先度を考慮することができる。
3. 地区組織活動を改善することができる。
4. 地域看護師の継続教育体制が整えられる。

(5) 活動

- 0-1. プロジェクト調整委員会を設置する。
- 0-2. プロジェクト運営委員会を設置する。
- 0-3. パイロットサイトを選定する。
- 0-4. 周辺国からの TOT 参加者を選定する。

- 0-4-1. 対象となる周辺国を選定する。
 - 0-4-2. 対象となる国に周知を行う。
 - 0-4-3. TOT参加国と対象者を決定する。
-
- 1-1. 看護職の歴史を分析する。
 - 1-2. 現在の看護業務を分析する。
 - 1-3. 地域看護師と地域看護師指導監の業務内容を改善する。
-
- 2-1. 現在行われているニーズアセスメント及び計画策定手法を分析する。
 - 2-2. 地区診断法を開発する。
 - 2-3. 管理者（地区・福次地区地域看護指導監）・教育担当者等（FSN 卒後教育担当官）を対象としてニーズアセスメントに関する以下の活動（TOT）を行う（周辺国人材育成管理者も対象）。
 - 2-3-1. ニーズアセスメントに関する KAP 調査を行う。
 - 2-3-2. ニーズアセスメントに関するトレーニングを行う。
 - 2-4. パイロット地区において以下のニーズアセスメントに関する活動を行う
 - 2-4-1. TOT受講者が地域看護師を対象としたニーズアセスメント技術の事前調査を行う。
 - 2-4-2. TOT受講者が地域看護師を対象としたニーズアセスメントに関する研修を行う。
 - 2-4-3. 地域看護師が CHW に対してニーズアセスメントに関する研修を行う。
 - 2-4-4. 地域看護師と CHW が担当地区においてニーズアセスメントを実行する。
 - 2-4-5. 地域看護師と CHW を対象として、実施された実例を用いて事例検討会を行う。
 - 2-4-6. 地域看護師がニーズアセスメントを再度見直す。
 - 2-4-7. TOT受講者が地域看護師を対象とした事後評価を行う。
 - 2-5. TOT受講者がニーズアセスメント手法の修正を行う。
 - 2-6. TOT受講者が教材の開発を行う。
 - 2-7. パイロット地区以外の地区においてニーズアセスメントに関する以下の活動を行う。
 - 2-7-1. TOT受講者が地域看護師を対象としたニーズアセスメント技術の事前調査を行う。
 - 2-7-2. TOT受講者が地域看護師を対象としたニーズアセスメントに関する研修を行う。
 - 2-7-3. 地域看護師が CHW に対してニーズアセスメントに関する研修を行う。地域看護師が担当地区においてニーズアセスメントを実施する。
 - 2-7-4. 地域看護師と CHW が担当地区においてニーズアセスメントを実施する
 - 2-7-5. 地域看護師と CHW が実施された実例を用いて事例検討会を行う。
 - 2-7-6. 地域看護師がニーズアセスメントを再度見直す。
 - 2-7-7. TOT受講者が地域看護師を対象とした事後評価を行う。

- 3-1. 現行に実施されている地区組織との連携に関する分析を行う。
- 3-2. 管理者（地区・副次地区保健指導監）・教育担当者等（FSN 卒後教育担当官）を対象とした以下の活動（TOT）を行う（周辺国人材育成管理者も対象）。
 - 3-2-1. 管理者・教育担当者が現行の地区組織活動を分析する。
 - 3-2-2. Taveuni 地域保健プロジェクトの事例を参考にして応用できる点を明確化する。
 - 3-2-3-2. 地区組織活動に関する支援体制案を作成する。
- 3-3. パイロット地区において以下の地区組織活動に関する活動を行う
 - 3-3-1. TOT 受講者が地区組織活動に関する事前評価を行う。
 - 3-3-2. TOT 受講者が地域看護師を対象とした地区組織活動に関するワークショップを行う。
 - 3-3-3. 地域看護師がニーズアセスメントで優先と決定された課題に関して地区組織と合同で活動計画を策定する。
 - 3-3-4. TOT 受講者が地域看護師と地区組織代表者に保健活動に関する健康教育トレーニングを行う。
 - 3-3-5. 地域看護師と地区組織が活動を実施する。
 - 3-3-6. TOT 受講者が地域看護師と地区組織を対象として実施されたケースを用いて事例検討会を行う。
 - 3-3-7. 地域看護師が地区組織と合同で活動計画を再度見直す。
 - 3-3-8. TOT 受講者が地域看護師を対象として地区組織活動に関する事後評価を行う。
- 3-4. 地区組織活動に関する教材を作成する。
- 3-5. パイロット地区以外の地区において地区組織活動に関する以下の活動を行う。
 - 3-5-1. TOT 参加者が地区組織活動に関する事前評価を行う。
 - 3-5-2. TOT 受講者が地域看護師を対象とした地区組織活動に関するワークショップを行う。
 - 3-5-3. 地域看護師がニーズアセスメントで優先と決定された課題に関して地区組織と合同で活動計画を策定する。
 - 3-5-4. TOT 受講者が地域看護師と地区組織代表者に保健活動に関する健康教育トレーニングを行う。
 - 3-5-5. 地域看護師と地区組織が活動を実施する。
 - 3-5-6. TOT 受講者が地域看護師と地区組織を対象として実施されたケースを用いて事例検討会を行う。
 - 3-5-7. 地域看護師が地区組織と合同で活動計画を再度見直す。
 - 3-5-8. TOT 受講者が地域看護師を対象として地区組織活動に関する事後評価を行う。
- 4-1. 管理者・教育担当者・地域看護師を対象とした人材管理・育成に関するニーズアセスメントを行う。
- 4-2. 管理者・教育担当者を対象として沖縄において人材・人材育成に関する研修を行う（周辺国人材育成管理者も対象）。
- 4-3. 管理者・教育担当者が地域看護師の人材管理・人材育成に関する年間計画を作成する。

4-4. 管理者・教育担当者が年間計画を実行する。

4-5. 管理者・教育担当者が年間計画修正を行う。

(6) 投入

日本側投入：

- | | |
|--------------|------------------------------|
| 1. パイプライン専門家 | ① ヘルスプロモーション (HP) (6 人月) |
| 2. 長期専門家派遣 | ① チーフアドバイザー／地域保健人材育成 (60 人月) |
| | ② HP (60 人月) |
| | ③ 業務調整 (60 人月) |
| 3. 短期専門家派遣 | ① 健康教育 (12 人月) |
| | ② 地区診断 (12 人月) |
| | ③ 地区組織活動 (12 人月) |
| | ④ IEC 専門家 (12 人月) |
| | ⑤ 栄養 (12 人月) |
| | ⑥ 地域保健人材管理 (12 人月) |
| 4. 本邦研修 | ① 10 人月 (10 名×0.5 か月×2 年) |
| 5. その他 | ① 機 材 |
| | ② 車 両 |
| | ③ 視聴覚機材 |
| | ④ 研修用資機材等 |

相手国側投入：

1. カウンターパートの配置：MOH 公衆衛生局、地区保健サービス局
2. プロジェクトオフィス
3. 研修施設の提供
4. ローカルコスト負担 (管理費：通信運搬費、車両)

(7) 協力期間

2004 年 12 月～2009 年 12 月

(8) 実施体制

MOH 公衆衛生局、地区保健サービス局、FSN

(9) 裨益者グループの種類と規模

直接裨益者グループ：

フィジー地区内指導監及び地域看護師 235 名、CHW 及び地区組織代表者

間接裨益者グループ：

特定地区の住民 (16 万 843 ～ 35 万 7,451 人)

付 属 資 料

1. 保健指標の現状と動向
2. 資料収集リスト
3. バヌアツの現状と課題
 - (1) バヌアツにおける国家開発政策と保健分野の位置づけ
 - (2) 保健政策と保健課題
 - (3) 保健行政
 - (4) 保健医療財政
 - (5) 人材開発
 - (6) 保健指標の動向
 - (7) 保健医療人材養成の現状
 - (8) 地域保健の現状
 - (9) 海外援助機関の動向
 - (10) まとめ
4. バヌアツ主要面談者

1. 保健指標の現状と動向

1975年の乳児死亡率（Infant Mortality Rate, IMR）は41.4（出生1,000対）であったがその10年後には17.4（1985年）まで低下し、その後は16～18の間で推移している。しかし国内間では、フィジー系フィジー人とインド系フィジー人の格差が指摘されており、1994年の1～5歳児死亡率はインド系フィジー人が0.46（出生1,000対）に対し、フィジー人は1.23（出生1,000対）と2倍以上となっている。

主要疾患に関しては、1974年には主要死亡原因の第1位が周産期死亡（13%）であり、ほぼ同率で循環器疾患（12.4%）第3位に悪性新生物（9%）となっている。その10年後には周産期死亡は2.7%まで減少し、1984年以降では循環器疾患及び悪性新生物が第1位と第2位となっている。

感染症に関しては、1974年には死亡原因の第6位（4.8%）であったにもかかわらず、1994年以降も4～5位となっている。また、情勢の悪化に伴って事故及び毒物による死亡が第3位（1999年）第2位（2000年）となっている。

なお、指標に関して、情報源ごとに異なった値となっているが現状をとられるため参考資料として掲載した。

表1-1 フィジーにおける保健指標の推移

| | 1990年 | 1993年 | 1996年 | 1998年 | 2000年 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 粗出生率（人口1,000対） | 24.3 | 24.9 | 22.5 | 21.9 | 20.3 |
| 粗死亡率（人口1,000対） | 5.7 | 5.6 | 6 | 6.2 | 6.94 |
| 乳児死亡率（出生1,000対） | 16.8 | 16.6 | 17.1 | 17.8 | 16.18 |
| 5歳未満児死亡率（出生1,000対） | 21.5 | 22.4 | 23.7 | 1.18 | |
| 周産期死亡率（出産100,000対） | 60.0 | 48 | 38.2 | 57.58 | |

出所：Strategic Plan 2003～2005

表1-2 フィジー系フィジー人とインド系フィジー人の1～5歳児死亡率（1994年）
（出生1,000対）

| フィジー系フィジー | | インド系フィジー | | その他 | | 合計 | |
|-----------|------|----------|------|-----|------|----|------|
| 数 | 割合 | 数 | 割合 | 数 | 割合 | 数 | 割合 |
| 66 | 1.23 | 25 | 0.46 | 6 | 1.10 | 97 | 0.85 |

出所：P10 Health Status Report Fiji, 1996 MOH

表 1 - 3 フィジーにおける主要死亡原因 1 ~ 5 位

| | 1974 年 | 1984 年 | 1994 年 | 1999 年 | 2000 年 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1 | 周産期疾患 | 悪性新生物 | 循環器系疾患 | 循環器系疾患 | 循環器系疾患 |
| 2 | 循環器系疾患 | 循環器系疾患 | 悪性新生物 | 悪性新生物 | 事故・毒物 |
| 3 | 悪性新生物 | 栄養失調 | 血液機能障害 | 事故・毒物 | 悪性新生物 |
| 4 | 先天性疾患 | 神経系疾患 | 感染症 | 感染症 | 感染症 |
| 5 | 栄養失調 | 消化器系疾患 | 周産期疾患 | | |

出所：P15 Health Status Report Fiji, 1996 MOH

P18 Strategic Plan 2003-2005, MOH Fiji

(1974 ~ 1984 年は病院における死亡原因)

2. 資料収集リスト

フィジー

Ministry of Health Fiji

1. Strategic Plan 2003-2005, Ministry of Health
2. Corporate Plan 2003, Ministry of Health
3. Ministry of Health Draft Position Description, Ministry of Health

Fiji School of Nursing

1. Fiji School of Nursing Information Brochure 2003, Fiji School of Nursing
Community Rehabilitation Assistant Programme
2. CBR Information 2003 Ministry of Health

Fiji School of Medicine

1. Fiji School of Medicine International Prospect 2003-2004

Fiji Nursing Association

1. Constitution, Fiji Nursing Association
2. Fiji Nursing Association Information Brochure
3. 46th Annual General Meeting
4. Monthly Newsletter: fna Update September 2002
5. Quarterly Magazine Isa! Nasi March 2003
6. Quarterly Magazine Isa! Nasi June 2003

National Center for Science Services for Virology and Vector Diseases

1. Pacific Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis PacELF Atlas 2002
2. PacELF Annual Meeting Report 2002
3. PacELF Progress Report January-December 2002
4. Leaflet: What do you know about Filariasis MDA
5. Leaflet: PacELF Pacific Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis
6. Leaflet: lymphatic Filariasis Fiji Mass Drug Administration Programme for
elimination of Lymphatic Filariasis in Fiji

National Centre for Health Promotion

1. National Health Promotion Council fijihealth Toward Healthy Fiji Islands
2. Recommendation for Policy to Support Health Promotion "A Report to the Ministry
of Health" March 1998

3. Health Promoting Schools fijihealth
4. Tobacco Control in Fiji Anti-Smoking Campaign
5. Health Promoting Workplace

SPC

1. Council of Regional Organizations in the Pacific
2. SPC and its in the Region Guardian of the Resources of the Pacific Islands
3. Annual Report 2002
4. Corporate Plan 2003-2005
5. SPC Public Health Programme Strategic Plan 2003-2005
6. Map

AusAID

1. Community Needs Assessment and Action Plan, April 2000, Taveuni Community Health Project 1999-2003, AusAID
2. Taveuni Medical Sub-Division Health Plan, June 2001, Taveuni Community Health Project 1999-2003, AusAID
3. Review of Implementation and Impact of Community Development and Health Promotion Activities and Linkage, June 2002, Taveuni Community Health Project 1999-2003, AusAID
4. Taveuni Community Health Model Piloted in Taveuni, Fiji, 1999-2004, Taveuni Community Health Project 1999-2003, AusAID
5. Community Health Worker Referral Guide, April 2003, AusAID and MOH, Printed by National Centre for Health Promotion

バヌアツ共和国

Ministry of Health Vanuatu

1. Second National Health Workforce Plan 2003-2013, 2003, MOH Vanuatu
2. Ministry of Health Policy July 2002, MOH Vanuatu
3. 2001-2003 Corporate Plan January 2001
4. Annual Report 2001, August 2002, Policy and Planning and Administration, Ministry of Health
5. 1998 Vanuatu non-Communicable Disease Survey Report, Ministry of Health Vanuatu, Secretariat of the Pacific Community

Save the Children Australia Vanuatu Field Office

1. Vanuatu Strengthening Village Health Worker and Community Based Health Management Project, Save the Children Australia Vanuatu Field Office (unpublished document)

National Statistics Office Republic of Vanuatu

1. 1999 National Population Census Demographic Analysis Report, October 2001,

3. バヌアツの現状と課題

(1) バヌアツにおける国家開発政策と保健分野の位置づけ

バヌアツ政府は1997年にADBからの支援を受けて包括改革計画（Comprehensive Reform Program）を策定し、2002年11月に関係者を集めて会議によって重点分野の改定会議を行った（下記参照）。その結果下記の5つが重点分野と決定されたが、「ガバナンス及び公共サービスの改善」「村落地域の住民の生活改善」は保健分野も関与する課題であり、第5番目の課題である「均等な社会・経済成長」の課題に関してすべての国民に基礎保健医療サービスの提供が必要であると明記されている。

2001年度政府予算分配では、保健セクターが10.5%であり、教育（22.6%）、インフラ（14.6%）に続いて3番目の予算配分となっている。

バヌアツ政府の重点課題（2002年11月改定）

- 1) ガバナンス及び公共サービスの改善
- 2) 村落地域の住民の生活改善
- 3) 民間投資の拡大
- 4) 政策策定への国民参加
- 5) 均等な社会・経済成長

(2) 保健政策と保健課題

バヌアツ保健省（MOH）は2002年6月に初めての保健政策を策定した。そのなかで15の優先的課題について背景、活動計画／戦略、政策等が明記されている。コミュニティーベースの公衆衛生管理では、母子保健（MCH）、性感染症（STI）、結核（TB）、ハンセン病、生活習慣病、媒介動物由来疾患等の対策が優先であるとしている。人材育成に関しては、現任者のトレーニングが不可欠であるとしている。

バヌアツの保健政策

- 1) コミュニティーベースの公衆衛生管理
- 2) 患者の権利の保障
- 3) 地方への権限委譲
- 4) スタッフの勤務／雇用の平等化
- 5) 保健サービス理事会の設置
- 6) 保健施設・機材・人事配置に関する基準の作成
- 7) 人材開発
- 8) 保健サービスにかかわる法整備
- 9) 計画・開発の方向性
- 10) 民間医療
- 11) 保健に関する国際約束のコミットメント
- 12) 薬 剤
- 13) 財政管理
- 14) 環境保健
- 15) 財 源

一方、上記の保健政策に先駆けて1999年に保健計画が策定された。現在2004年から3年間の保健計画を策定中であり、第3回保健計画会議（2003年11月）で今後3年間の6つの優先課題が発表された。また、各優先課題に関しては目標と目標値が設定されている。

使 命：

バヌアツのすべての人の健康を守り増進する。

ビジョン：

バヌアツのすべての人のよりよい生活のために効果的で効率的で公平な保健システムを統合し、また地方に権限を移譲する。

優先分野：

- 1) 保健システムと予算システムの開発
- 2) 結核とハンセン病の削減
- 3) マラリア等媒介動物由来疾患及び寄生虫疾患のコントロール
- 4) 保健人材開発
- 5) 感染症に関する調査と対応
- 6) ヘルステクノロジーの導入と薬剤システムの開発

(3) 保健行政

MOHはMOH事務次官を最高行政責任者とし、「公衆衛生保健局」「企画行政局」「南部地区保健グループ」「北部地区保健グループ」の4局により構成されている。MOHスタッフ約700名のうち60名がMOH本部で勤務している。MOH本部の行政官のほとんどは看護職種である。MOH本部以外では地区保健課（6地区で各10名前後）、病院、ヘルスセンター、ディスペンサリーに勤務している。

(バヌアツ MOH 組織図 図3-1 参照)

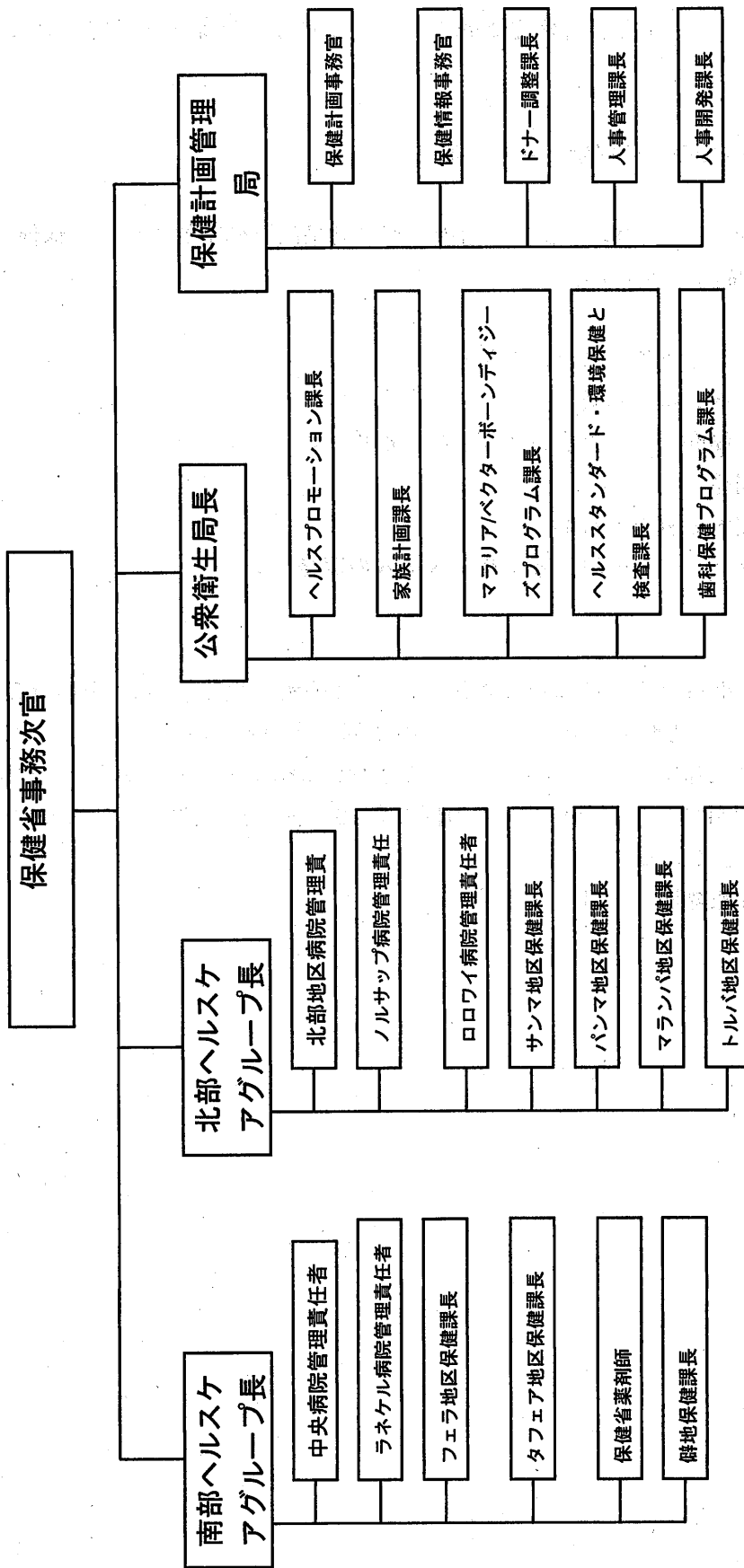


図 3-1 バヌアツ MOH 組織図

(4) 保健医療財政

2001年のMOHの予算は国家予算の10.5%〔1,992万VT（約1992万円）〕であり、約6割が人件費である。マラリア対策、MCHなどほとんどの活動費が海外の団体の支援により行われている。また、2004年度には予算の5%が削減されることが決定されている。

2002年度MOHの予算内訳

| | | |
|------|----------------|-------|
| 給与 | ：537,326,749VT | 59.7% |
| 一般経費 | ：245,303,471VT | 27.3% |
| 医薬品 | ：117,015,780VT | 13.0% |
| 合計 | ：899,646,000VT | |

(5) 人材開発

バヌアツにおいては人材育成は保健政策で優先課題として明記されているが、現任者へのトレーニングは、海外の援助団体で行われるもの以外は行われていない。また、ヘルスセンターとディスペンサリーの看護師、助産師、ナースプラクティショナーに関する個人指導は各州の保健課長の任務となっているが、交通費の支給がないために一度も行われていない州がほとんどである。

表3-1 バヌアツにおける現在の保健人材

| | | | | | |
|-------|-------|-----|-----|--------|------|
| 医師 | 登録看護師 | NP | 助産師 | ナースエイド | 薬剤師 |
| 29 | 235 | 34 | 50 | 43 | 5 |
| | 44% | | | | |
| オフィサー | 検査技師 | 栄養士 | 歯科医 | 行政官 | そのほか |
| 77 | 18 | 2 | 2 | 49 | |

MOHは2013年までの人材開発計画として以下に目標を定めている。

表3-2 MOHによる2013年までの人材開発計画

| 医師 | 現在 | 2013年までの目標値 | 増加割合 |
|----------------------------|------------------|-------------|--------------------|
| 医師 (海外からの援助も含む) | 29 (そのうちバヌアツ医師9) | 35 | 30% |
| 看護師 | 365 | 416 | 14% |
| 医師・看護師以外の医療従事者 (放射線技師等) | 84 | 116 | 38% |
| 全体 | 748 | 810 | 13% (毎年1.5%の増加) |

来年の予算が5%削減されているなか、活動されていないディスペンサリーを閉鎖して予算の獲得を行う保健省の予定である。しかしこれに関しては反対意見や現実不可能との意見もあり、どのようにしてこの計画を実行するかは今後の課題である。

(6) 保健指標の動向

バヌアツは80もの島を有し人口は18万6,678人(1999年)であり、その79%は僻地に居住している。人口の40%は15歳未満である。

バヌアツの保健指標は過去20年間で改善傾向にあるものの、周辺諸国のなかでは依然として高い値を示している。

表3-3 バヌアツの保健指標の推移

| 指 標 | 1967年 | 1979年 | 1989年 | 1999年 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| 粗出生率(人口1,000対) | 45 | 45 | 37 | 33 |
| 粗死亡率(人口1,000対) | | | 8~10 | 6 |
| 人口増加率(10年)(%) | | 3.0 | 2.4 | 1.6 |
| 合計特殊出生率(人口1,000対) | 6.8 | 6.5 | 5.3 | 4.5 |
| 乳幼児死亡率(出生1,000対) | 123 | 94 | 25 | 25~26 |
| 5歳未満児死亡率(出生1,000対) | | | 58 | 58 |

出所: Second National Health Workforce Plan 2003~2013

1999 National Population Census Demographic Analysis

表3-4 保健指標に関するバヌアツとその周辺国との比較

| | 人口(千人) | 出世時 平均余命 | 5歳未満時死亡率 (1,000対) | | 成人死亡率 (人口1,000対) | |
|----------------|--------|-------------|----------------------|----|---------------------|-----|
| | | | 男 | 女 | 男 | 女 |
| バヌアツ | 202 | 65.6 | 56 | 54 | 236 | 191 |
| パプア・ ニューギニア | 4,920 | 59.8 | 100 | 93 | 308 | 250 |
| ソロモン諸島 | 463 | 66.4 | 71 | 62 | 202 | 149 |
| フィジー | 823 | 69.4 | 27 | 24 | 212 | 152 |
| サモア | 159 | 68.5 | 24 | 19 | 235 | 203 |

5歳未満時の死亡原因は、肺炎、マラリア、髄膜炎、新生児痙攣麻痺、貧血などがあり、衛生状況や栄養の改善、適切な対応によって改善の見込みのある疾患である。1歳時点での予防接種完了率も地区によって23%から90%まで開きがある。この原因として、海外の援助でソーラーパネルや冷蔵庫の設置を行っても雨期にはコールドチェーンを保つことができない地方も多いことが考えられる。成人の主な死亡原因も肺炎、マラリア、結核、下痢、栄養失調、高血圧症、心臓系疾患、梗塞、がん、糖尿病、腎臓疾患とされており、依然として感染症に由

来する死亡理由が多い（P7、P10、Second National Workforce Plan 2003～2013, 2003, MOH Vanuatu）。

表 3-5 保健医療施設

| 施設名と数 | 運営責任 | 機能 | 医療人材 | 備考 |
|----------------------------------|-------------|-----------------------------------|--|--|
| 病院 全国に5か所 | MOH | 産科、小児科、外科 に関する入院・外来 治療 | 医師、(予算により)、看 護師 | 海外の援助で医師 が派遣されている 場合も多い |
| ヘルスセンター 全国に27施設（1～6施設/ 地区） | MOH | 予防接種、急性疾患 に関する治療、出産 介助、予防活動 | ナースプラクティショ ナー（兼センター長）、 助産師、登録看護師 （1、2名） | 短期入院施設あり |
| ディスペンサリー 74施設（6～18施設地区） | MOH | 最低限必要な治療、 予防活動 | 登録看護師 | ほとんどの島に最 低1施設あり |
| エイドポスト 180施設（15～41施設） | コミュニ ティー | VHW | エッセンショナルド ラッグの配布（保健省 より供給される）。予防 活動 | 地域の予算で設置・ 運営されている。時 に地方政府、協会に よって設置・運営さ れることもある。 |

VHW：ボランティアヘルスワーカーの略

(7) 保健医療人材養成の現状

保健に関する人材育成制度はMOHの保健計画局の人材開発部門で行われている。バヌアツ看護学校が唯一の養成機関であり、登録看護師、助産師、ナースプラクティショナーの養成を行っている。しかし、2002年2月の地震被害に加え指導教員不足と政府予算の緊迫によって、過去2年間新入生の受け入れは行っておらず、登録看護師コースのみ運営されている。2009年より助産婦養成とナースプラクティショナー養成をフィジー看護学校で行う計画がある。

また、現在7名のバヌアツ人がオーストラリア国際開発局（AusAID）とNZAIDの奨学制度によりフィジー医学校（FSN）に留学している。しかし、医師資格を所得し帰国しても、国立医療施設では予算の緊迫により採用が困難であるといわれている。

(8) 地域保健の現状

地区保健課

地域保健サービスの実施は、MOH 北部ヘルスケアグループ及び南部ヘルスケアグループによって行われている。各グループ長の下に病院課長と各地区課長が構成されている。地区課長は看護指導監の役割を兼務し、そのほかにはヘルスプロモーション（HP）担当者1名、リプロダクティブヘルス担当者1名、結核対策担当者1名、環境保健担当者1名、臨床検査技師担当者1名の職員がいる。数人は登録看護師の資格をもち、そのほかは医療保健のバックグラウンドをもたない。

地区保健課長自己の職務内容：州内の職員の管理監督、年間計画策定、財政管理

ヘルスセンター

保健センターとディスペンサリーの保健活動は各施設により決められている。

あるディスペンサリーの週間活動

月：患者ケア

火：訪問看護

水：家族計画

木：MCH（EPI、妊婦健診等）

金：書類整理

しかし、訪問活動は交通費の支給がないためほとんど行われていない。

備品は縫合セット、出産用器具、ガスオートクレープ、酸素、点滴架台、ベッド（大人3台、子供1台）、薬剤、出産介助用ベッドなどである。すべての器具がそろっていないか老朽化しているセンターも多いそうである。

エイドポスト

施設やVHWの人件費は村の予算であり、費用が捻出できない村では閉鎖している。活動の各エイドポストによってさまざまであり、例をあげれば午前中週3回の開設されている。VHWの選出は村リーダーを含めたヘルスコミッティーの推薦により決定される。実際には報酬が支払われない地域もあり、無報酬のまま働き続けるか実際は閉鎖しているエイドポストもある。

活動内容例：簡単な病気の治療（薬の配布）、家庭訪問、健康教育

VHW養成は、Save the Children Fundがトレーニングを行っている。看護師とのミーティングは行われていない。

(9) 海外援助機関の動向

地域保健に関してはAusAIDが活動しており、AusAIDから委託を受けてSave the Children Australiaが活動を行っている。

表 3-6 AusAID が行う保健プログラム／プロジェクトの概要

| | 予 算 | 期 間 | 概 要 |
|---|---------------------------------|-----------------------|--|
| 保健セクター計画管理開発プロジェクト | 500万オーストラリアドル (約4億1,000万円) | 1999～2004年1月まで 5年間 | MOHと地区保健課における計画管理能力の向上 |
| 医療機材維持・管理プロジェクト | 350万オーストラリアドル (約2億9,000万円) | 5年間 | バイオメディカルに関するトレーニング及び機材維持サービス |
| PIC第3次医療プロジェクト | 746万オーストラリアドル (約4億1,000万円) | 3年間 | 生活習慣病に関するプロジェクト |
| VHW強化及び地域保健管理プロジェクト | 77万1,000オーストラリアドル (約6,300万円) | 2001～2004年1月まで 3年間 | 下記参照 |
| EPI | 130万オーストラリアドル (約1億700万円) | 3年間 | UNICEFと共同 |
| その他 保健小規模 гранツ 保健施設維持 医師交通費援助 | | | 保健サービスの向上 最小限の維持のための援助 オーストラリアボランティア医師の過疎地への移動援助 |

保健セクター計画管理開発プロジェクト

政策改正に関する支援、人材育成、情報システムの構築等を行っている。情報システムに関して、州の一部とはネットワーク化できているが、電話回線の未整備のためにネットワークの普及が計画どおりには行えていない。現在は情報分析方法に関してMOHと州マネージャーを対象に研修を行っているが、コンピューターの基本的能力もまだまだ向上する必要性があり、分析できるまでには至っていない。疫学に関する基礎能力も課題である。

VHW強化及び地域保健管理プロジェクトの概要

実施団体：

AusAIDより委託を受けて Save the Children Australia が実施

対 象：

バヌアツ6州（全州）

プロジェクトの目標：

- 1) MOHにおけるVHWプログラム強化：2か月間の養成トレーニング
- 2) VHWの技術と知識強化：2週間のリフレッシュトレーニング
- 3) 地方におけるVHW支援強化
- 4) 効果的で効率的な調整管理：MOHとの協働管理（MOHから講師派遣、モニタリング）

現在までに230人のVHWの養成を行い、190名（82%）が活動中である。また、2地区をパイロット地区として、モニタリングと評価を行っている。しかしながら、3) VHW支援強化に関

しては政府人員計画によるMOH職員削減の影響を受けて支援体制を整えることができないのが現状である。また、今後は地域との連携に関する能力強化を課題としており、ナースフォーラムを開催してVHWの管理監督を業務内容に盛り込むことを決定した。

(10) まとめ

ほとんどの保健人材は看護師であり、医療診断、治療、予防活動と求められる任務は多岐にわたっている。島嶼性のために移動を伴うすべての活動は大陸国と比較して費用がかかるのが現状であるが、MOH予算の約6割が人件費であり活動に関する費用のほとんどすべてを海外からの援助団体の支援で賄われている。

人材育成に関しては、AusAIDがMOH本部と地区保健課を対象として政策策定と情報管理に関する人材育成を行っている。また、Save the Children AustraliaがVHW育成を行っている。ヘルスセンターやディスペンサリーで活動する看護師に対する現任教育に関しては、地区保健課で計画されてはいるが実際にはほとんど行われていない。

バヌアツのMOHは地方分権化政策を進めており人材開発も重要課題としている。特に地域で活動する看護職に関する人材育成はほとんど行われていないためにニーズが高い。フィジーを核とする技術協力の管理者・指導者トレーニング(TOT)にMOH保健計画管理局人材育成部門の担当者、各地区保健課長が対象となる。活動費がないことより、TOT実施後は各研修員のアクションプラン等の技術支援や活動支援を行うことが重要である。

今後は更に、地域保健サービスを直接提供しているヘルスセンターとディスペンサリーの看護師の業務内容・地区組織との連携等の分析を行うことが必要である。

4. バヌアツ主要面談者

| | 機関名 | 職 位 | 氏 名 |
|---|---|---|---------------------|
| 1 | JICA バヌアツ事務所 | 首席駐在員 | 池 哲広 |
| | | 高級クラーク | Mr. Albert Wille |
| 2 | バヌアツ外務省 | 援助調整専門員 | 小林 治美 |
| 3 | 青年海外協力隊 (JOCV) | PacELF 感染症対策隊員 | 築地 真 |
| 4 | バヌアツ保健省 (MOH) | Director of Southern Health Care Group | Mr. Tomas Isom |
| | | Malampa Province Health Manage | Ms. Rossie Silas |
| | | Sanma Province Health Manage | Mr. Josef Mape |
| | | Penama Province Health Manage | Mr. Timothy Quai |
| 5 | Paunagisu Health Center | Nurse Practitioner | Mr. John Tasare |
| | | Midwife | Ms. Charlie |
| | | General Nurse | Ms. Annie |
| 6 | Erakor Dispensary | General Nurse | Ms. Mayapen |
| | | Nurse Aid | Ms. Doryt |
| 7 | オーストラリア国際 開発局 (AusAID) | Second Secretary, Development Cooperation | Ms. Megan Anderson, |
| | | Program Officer | Ms. Kristina Hedin, |
| | | Community Health Management Adviser | Ms. Jan O'Neil |
| 8 | Save the Children Fund Australia Vanuatu Field Office | Office Manager | Mr. Noeline Bule |
| | | Educator | Ms. Caroline Bani |
| 9 | VANGO (バヌアツ現地 NGO) | Director | Mr. Mynam Abel |