

5. PROJECT DESIGN

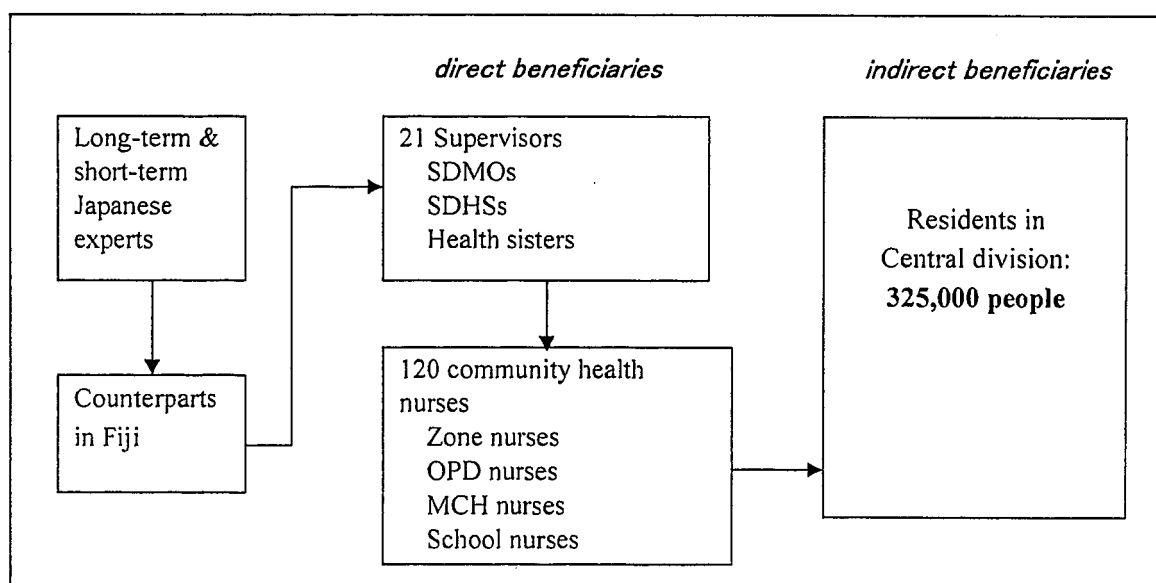
5-1 Target Area and Target Beneficiaries

The target area is Central Division that consists of 5 sub-divisions, i.e. Suva, Tailevu, Rewa, Naitasiri, and Serua/Namosi. The ultimate beneficiaries are residents in Central Division with a population of 325,000. The direct beneficiaries are 120 community health nurses and 21 supervisors in Central Division. 16 nurse supervisors, other than 5 SDMOs, joined the basic nursing course and public health nursing course at the Fiji School of Nursing. Their average age is 50.9 years old. Since most of them work in their hometowns with their families, their stability rate is high. On the other hand, most SDMO are in their thirties, some preferring to work in a hospital after a few years and others interested in community health activities. 5 nurse supervisors out of 21 and 3 lecturers of the Fiji School of Nursing have joined the national training courses implemented by JICA in Japan. The Project will make use of knowledge and skills extended by JICA's training (see Annex 8).

Table 22 Duties of supervisors and their expected roles in the Project

	Appointed facility	Duty	Role in the Project
SDMO	Sub-divisional hospital	Administration of SD hospitals, health centers, nursing stations	Support to formulation of plan for in-service training by SDHS
SDHS	Health center as an annex to Sub-divisional hospital	Supervision of activities of community health nurses	Planning and implementation of in-service training
Senior Health Sister	Health center	Supervision of daily activities of community health nurses in medical area	Support to planning and implementation of in-service training by SDHS
Health Sister	Health Center	ditto	ditto

Diagram 3 Flow of Benefits



5-2 Project Purpose

The Project purpose is expected to be achieved by the end of the Project.

Project Purpose:

Management skills and competence of community health nurses are reinforced through in-service training in Central Division.

The Project aims to enhance the ability of community health nurses expected to implement public health services based on community needs, priority areas, and health resources. Thus, community health nurses will be able to execute a wide range of responsibilities using the knowledge and skills learned at workshops for public health subjects conducted by the MOH.

Achievement levels of the Project purpose will be measured by following indicators:

- ◆ Annual accomplishment report in each zone/district and sub-division is developed.
- ◆ Number of community group activities is increased in Central Division.

5-3 Overall Goal

The overall goal is to improve the quality of community health services, which will provide essential information and support to local people for disease prevention and health promotion.

Overall Goal:

Quality of community health services by community health nurses is improved in Central Division.

The overall goal will be achieved within three to five years after the completion of the Project as a result of the Project intervention.

The indicators to measure the achievement of the overall goal are:

- ◆ Score of Performance Management System for community health nurses is improved in Central Division.
- ◆ Patient satisfaction for community health services is improved in Central Division

5-4 Outputs and Activities

Outputs are the concrete objectives leading to the Project purpose achieved during the Project period. The activities are specific actions intended to produce the outputs of the Project by effective use of inputs. To achieve the above Project purpose, four outputs are suggested. Details of how each output is to be achieved are given below.

Output 1:

Role and function of community health nurses are redefined.

This output clarifies the role and function of community health nurses and shares common awareness with other health professionals such as dieticians and sanitary inspectors. To achieve this output, the Project will review and revise the Position Description (PD), which describes more concretely the roles and functions of community health nurses including managerial issues, and then establish the Competency Requirement Standard, which is divided depending on nursing experience. Review of the Position Description and evaluation of achievement of competency are implemented every year.

In addition, a handbook for community health nursing management, which would be a guideline and manual of daily management of community nursing activities, will be developed.

The Competency Requirement Standard will be planned by the National Nursing Adviser, appointed SDMOs, and SDHSs. The handbook will be drawn up by the Principal Assistant Secretary of the Health System Standard, appointed by SDMOs and SDHSs. These will be drawn up in the first year of the Project

and will be revised in the third year of the Project. Manager nursing services in other divisions will be asked to join these activities.

Activities under Output 1

1-1 Review and revise the Position Description (PD) for community health nurses, health sisters, senior health sisters and sub-divisional health sisters.

1-1-1 Review and revise PD of SHDS and health sisters.

1-1-2 Review and revise PD of community health nurses.

1-1-3 Present PD to other health personnel at each SD.

1-2 Establish the Competency Requirement Standard (CRS) for community health nurses.

1-2-1 Establish CRS task force.

1-2-2 Discuss and develop CRS.

1-2-3 Distribute to community health nurses and evaluate current competency.

1-3 Develop and distribute handbook for community health nursing management.

1-3-1 Establish the handbook task force.

1-3-2 Discuss and develop the handbook.

Achievement level of Output 1 and activities will be measured by the following indicators:

- ◆ The Position Description with defined roles and functions of supervisors
- ◆ The Position Description with defined roles and functions of community health nurses.
- ◆ Implementation of evaluation of community health nurses with the Competency Requirement Standard.
- ◆ Degree of utilization of the handbook in practice

OUTPUT 2:

Supervisors' knowledge for in-service training is reinforced.

This output aims at providing basic knowledge of supervision to supervisors before implementing group and individual consultation. At first, a task force consisting of SDMO, SDHS and health sisters of each sub-division will be established. The task force conducts trainers' training (TOT), which provides essential knowledge for planning and implementation of in-service training. The task force analyzes the needs of community health nurses, and then formulates the annual plan of sub-divisional in-service training.

TOT for "significance and method of in-service training," "health planning method" are conducted at the early stage of the Project, and "counseling skill" "information management" and "community development" will be conducted after in-service training is introduced. Refresher training and presentation of outcome will be conducted after the second year if necessary.

Activities under Output 2:

2-1 Form the in-service training task force in each sub-division.

2-1-1 Publish policy for task force.

2-1-2 Establish task force.

2-2 Implement trainers' training in human resource development for sub-divisional medical officers, senior health sisters and health sisters. The subjects for training are:

2-2-1 Introduction to method and process of in-service training,

2-2-2 Communication skills including counseling, leadership, coaching and preceptorship,

2-2-3 Health planning, monitoring and evaluation (participatory Project Cycle Management, Precede-Proceed Model)

2-2-4 Information management, and

- 2-2-5 Community development (Community Capacity Building)
- 2-3 Define prioritized training needs within each sub-division.
- 2-4 Develop annual in-service training schedule for community health nurses at sub-divisional level.

Achievement level of Output 2 will be measured by the following indicators:

- ◆ Number and timing of task force meetings implemented.
- ◆ Satisfaction rate of supervisors of trainers' training.
- ◆ Participation rate of supervisors in trainers training.
- ◆ Annual reports on prioritized issues and in-service training plan in each sub-division (to CentEast Health Service).

OUTPUT 3 :
In-service training for community health nurses functions in each sub-division.

This output attempts to introduce and establish in-service training. After the activities under Output 2 have been completed, in-service training for community health nurses will be introduced by the task force. In-service training is conducted at monthly meetings in each sub-division by the task force.

At the initial stage, the activity plan and reporting system of community health nurses are reviewed at the sub-divisional monthly meeting. Then, the task force supervises the activities and planning of each community health nurse based on the needs and policy of each area. At the third stage, community health nurses analyze priority health issues in each sub-division and discuss improvement plans. This process will be repeated at the monthly meetings. In addition, after the establishment of in-service training, if community health nurses propose an activity that applies the knowledge acquired through in-service training in public health activities, the task force supports their work for planning, implementation and evaluation.

- Activities under OUTPUT 3:
- 3-1 Conduct regular in-service training for community health nurses by the task force.
 - 3-1-1 Develop work plan and indicators in each zone and district.
 - 3-1-2 Discuss current activities using case discussion, role playing.
 - 3-1-3 Discuss planning, implementation and evaluation of community activities.
 - 3-1-4 Develop annual accomplishment report at each zone and district.
 - 3-2 Conduct individual consultation
 - 3-3 Conduct monitoring for in-service training within each sub-division.
 - 3-3-1 Report in-service training activities.
 - 3-3-2 Conduct meetings for the task force regularly.
 - 3-3-3 Tour outstanding cases (including other divisions).
 - 3-4 Develop and distribute materials for in-service training.
 - 3-4-1 Establish the materials task force.
 - 3-4-2 Develop and distribute materials.

Achievement level of Output 3 will be measured by the following indicators:

- ◆ Sub-divisional business plans announcing implementation of in-service training.
- ◆ Number of implemented in-service training and number / participation rate of trainees.
- ◆ Number of visits to nursing stations by supervisors.
- ◆ Number and timing of monitorings.
- ◆ Kinds and volume of materials developed and distributed for in-service training.

BW

TS

OUTPUT 4:

Project model of in-service training is presented to other divisions/countries.

This output aims at dissemination of the model that may be applicable to other divisions or countries. The model includes the position description, competency requirement standard, handbook, annual schedule, materials, case studies for in-service training and mini-projects. A progress report will be submitted 2-3 years after the Project begins. Seminars will be held at the completion of the Project.

Activities under OUTPUT 4:

- 4-1 Publish reports for in-service training.
- 4-2 Present progress at conferences/meetings.
- 4-3 Conduct seminars or workshops at divisional, national and regional level for mutual exchange and dissemination of the Project model.

Achievement level of Output 4 will be measured by the following indicators:

- ◆ Number of published progress reports
- ◆ Number of presentations at conferences
- ◆ Number of seminars/workshops and number of participants

5-5 Inputs

The Inputs required for implementation of the Project are presented in the following table.

Table 23 Inputs of the Project

Inputs from Fiji Government	Inputs from Japanese Government
<p><u>Human Resources</u></p> <p><u>Joint Coordination Committee</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chairperson - Project Manager - Assistant Project Manager - Director, Corporate Service Division, MOH - Director, Nursing and Health System Standard Division, MOH - Director, Public Health Division, MOH - Director, Health Service Development Division, MOH <p><u>Project Manager</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Director of CentEast Health Service <p><u>Assistant Project Manager</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - General Manager of Community Health <p><u>Counterparts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chief Medical Officer (Community Health) - Manager Nursing Services Central - National Nursing Adviser, MOH <p><u>Administrative support staff</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Driver 	<p><u>Human Resources</u></p> <p><u>Joint Coordination Committee</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Resident Representative, JICA Fiji Office <p><u>Long-term experts and Project personnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chief Advisor/ Health Promotion - Coordinator <p><u>Short-term experts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - In-service training - Health planning - Community development - Leadership - Information management - Others
<p><u>Material Resources / Facilities</u></p> <p><u>Office space for experts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desks, chairs, cabinets, and bookshelves 	<p><u>Material Resources / Facilities</u></p> <p><u>Equipment</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Copy machine

<ul style="list-style-type: none"> - Meeting table and chairs - Phone line and phones - Car parking space <p><u>Training Facilities</u></p> <p><u>Travel allowances for counterparts and MOH staff :</u> e.g. transport expenses, accommodation fee, per diem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Computer and printer - Multimedia Projector <p><u>Transportation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vehicle
<p>Others</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recurrent costs (telephone, electricity, water) 	<p>Training</p> <ul style="list-style-type: none"> - Counterpart training in Japan - Trainers' training in Fiji

5-6 Important Assumptions and Risk Analysis

Important assumptions are the conditions required for the Project success that cannot be controlled by the Project.

Table 24 Important assumptions and risk analysis

Important assumptions	Possible risk mitigation measures
<p>From Project purpose to overall goal</p> <p>1. Working conditions for community health nurses do not worsen.</p>	<p>1. Appeal to the Public Service Commission to understand the role of community health nurses.</p>
<p>From Activities to Outputs</p> <p>1. Rate of transfer and resignation of community health nurses remains the same.</p>	<p>1. Monitor changes in the staff.</p>

5-7 Preconditions

This Project is implemented in Central Division; however, the model of in-service training is expected to be introduced to other divisions and countries. Thus, other divisions of the MOH and Divisional Health Service are required to participate in the Project and provide resources upon request. Collaboration with other donors, especially with AusAID, is important for the successful implementation of the Project.

Am

TS

6. EX-ANTE EVALUATION

6-1 Relevance

In Fiji, where the shortage of doctors is serious, the role of community health nurses is becoming important for the prevention of diseases. Nevertheless, their training given at present is insufficient for providing effective community health services and improvement of management skill is considered to be essential for community health nurses to promote their health promotion activities in the community.

Both the overall goal and Project purpose are consistent with the Strategic Development Plan 2003-2005 that states improvement of community health services. The overall goal and Project purpose are also in line with the National Strategic Plan 2005-2008 of the MOH, which holds human resource development as a priority area. In addition, this Project can benefit from the experience of Okinawa where community health services have successfully been provided on small islands.

6-2 Effectiveness

CentEast Health Service already has experience of implementing their own training programs for medical technicians. In this situation, CentEast Health Service has the potential capacity to coordinate in-service training using the existing system (monthly meetings).

In addition, the monthly meetings enable community health nurses to participate in the training program easily while being able to do their usual job.

6-3 Efficiency

The Project focuses on human resource development and does not plan any huge inputs such as facility construction. The Project is designed to maximize the use of existing resources such as the training system, human resources and experience of the Japanese in-service training system. As the number of beneficiaries is relatively small, the number of Japanese experts dispatched will be small as well. The outputs are expected to be obtained with small inputs. Therefore, the efficiency of the Project is sufficiently high.

6-4 Impact

There is no similar in-service training program targeting the strengthening of management skills of community health nurses. Therefore, the training model developed by the Project would be applicable nation wide. In addition, this model can be expanded to other health professionals such as dieticians who work for community health. No negative effects are expected due to Project interventions although caution is required not to promote the brain drain of nurses.

6-5 Sustainability

With regard to the sustainability of technical aspects, skills and know-how provided by the Project could be acquired and improved in routine health activities. In addition, the MOH provides many training courses for health professionals including community health nurses, and health personnel are keen to acquire new skills and information through such training in Fiji. The financial burden would not be high because the Project uses existing health resources.

Thus, it is expected that even after the Project's termination that the MOH/divisional health service office will continue to train health personnel.

lsu

th

7. MONITORING AND EVALUATION

Monitoring will be conducted regularly by Japanese experts and their counterparts concerning implementation of the Project. The implementation plan of the Project would be revised as necessary by checking the progress of Project activities against the Plan of Operation as well as conditions of report submission.

In line with the regulations of the JICA Technical Cooperation, the Project will be evaluated twice, both during and at the end of the Project cycle. This evaluation will assess the Project's design, implementation process and results in light of the five evaluation criteria of relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability of outputs obtained by Project intervention. The schedule for these evaluations is as follows:

- ◆ Mid-term evaluation (October 2006)
- ◆ Terminal evaluation (October 2007)

Handwritten signature

Handwritten signature

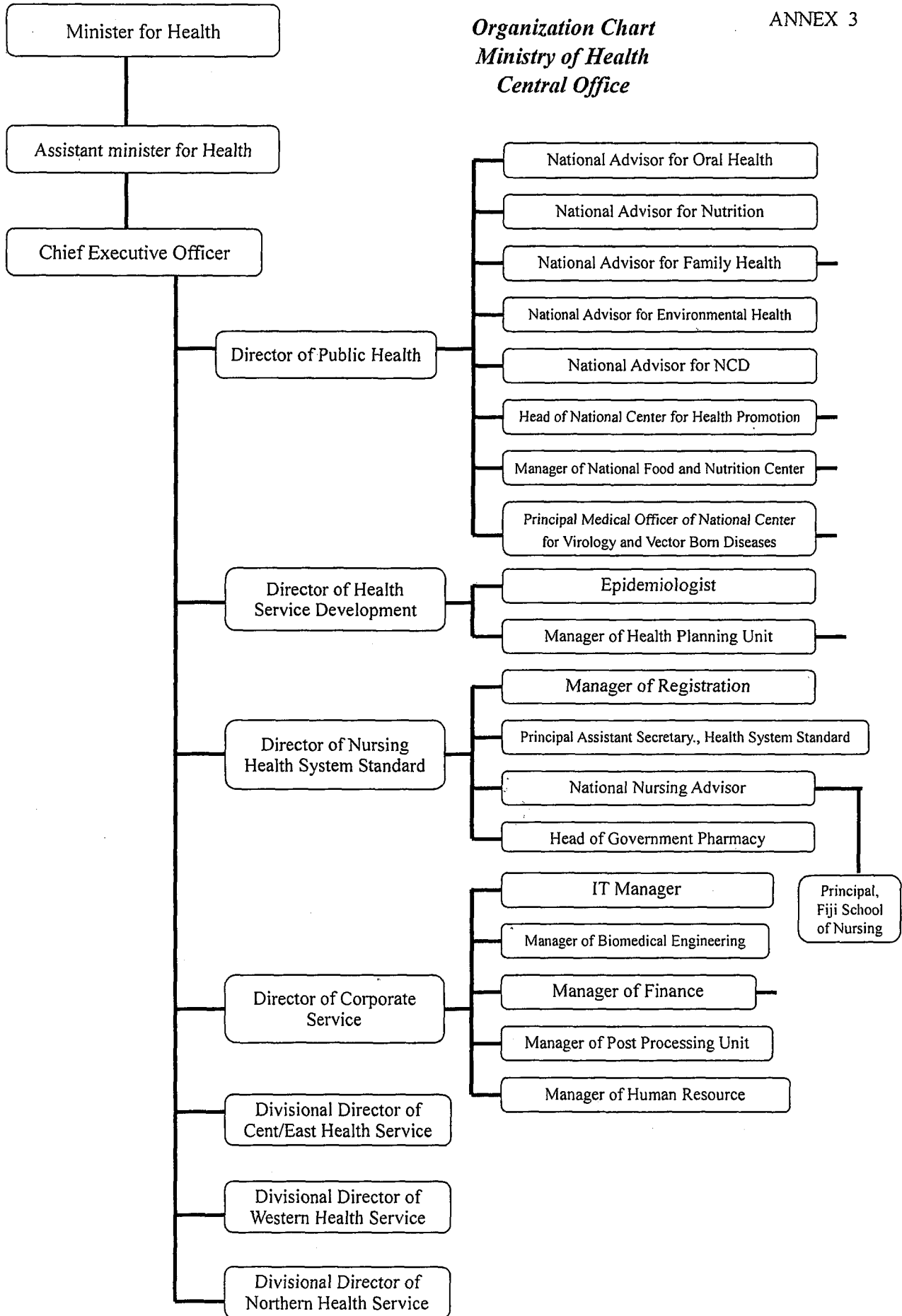
ANNEX

1. Project Design Matrix
2. Plan of Operation
3. Organization Chart of Ministry of Health
4. Organization Chart of CentEast Divisional Health Services
5. Structure for the Project Implementation
6. Supervisors of Community Health Nurses in Central Division
7. Post and Number of Community Health Nurse in Central Division
8. Methods for In-service Training
9. The Strategy for Implementation of the Project

Waw

Waw

**Organization Chart
Ministry of Health
Central Office**



Handwritten mark

Handwritten mark

PDM (Project Design Matrix)

Date: 4,01, 2005

Ver. No.: 0-11

Project Name: Project for In-Service Training of Community health nurses

Duration: March 2005-Feb 2008

Implementation Agency: Japan Side: Japan International Cooperation Agency Fiji Side: CenEast Health Service, Ministry of Health

Project Area: 5 Sub-Divisions, Central Division

Target Group: 1. 21 Supervisors of Community health nurses*¹ 2. 120 Community health nurses *²

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Overall Goal</p> <p>Quality of community health services by community health nurses is improved in Central Division.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Score of Performance Management System for Community health nurses is improved in Central Division. • Patient satisfaction for community health service is improved in Central Division. 	<ul style="list-style-type: none"> • Performance Management Standard • Interview 	
<p>Project Purpose</p> <p>Management skills and competence of community health nurses are reinforced through in-service training in Central Division.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Annual accomplishment report at each zone/ district and sub-division is published. • Number of community group activity is increased in Central Division. 	<ul style="list-style-type: none"> • Project report • Survey 	<p>Project Purpose</p> <p>Working condition for community health nurses does not become worse.</p>
<p>Outputs</p> <p>1. Role and function of community health nurses are redefined.</p> <p>2. Supervisors' knowledge for in-service training is reinforced.</p> <p>3. In-service training for community health nurses functions in each sub-division.</p> <p>4. Project model of in-service training is presented to other divisions/countries.</p>	<p>(Output1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • The Position Description with defined roles and functions of supervisors. • The Position Description with defined roles and functions of community health nurses. • Implementation of evaluation of community health nurses with the Competency Requirement Standard. • Degree of utilization of the handbook in practice. <p>(Output2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Number and timing of task force meetings implemented. • Satisfaction rate of supervisors of Trainers' Training. • Participation rate of supervisors in Trainers Training. • Annual reports on prioritized issues and in-service training plan in each sub-division (to CentEast Divisional Health Services). <p>(Output3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sub-divisional business plans announcing implementation of in-service training. • Number of implemented in-service training and number / participation rate of trainees. • Number of visits to nursing stations by supervisors. • Number and timing of monitorings. • Kinds and volume of materials developed and distributed for in-service training. <p>(Output4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Number of published progress report. • Number of presentations at conference. • Number of seminars/workshops and number of participants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Position Description • Position Description • Sub-divisional activity report / Evaluation report • Questionnaires • Project report • Questionnaires • List of attendances • Published report / Project report • Business plan / Project report • Training record at SD/ Project report • Statistical table at SD • Project report • Project report • Project report • Project report • Project report • Project report 	

5

MM

Activities	Inputs	Activities
Establish Project Operation Unit. Conduct Supervisors' meeting for Project.		Rate of Transfer and resignation remain same.
Output 1 1-1 Review and revise the Position Description (PD) for community health nurses, health sisters, senior health sisters and sub-divisional health sisters. 1-1-1 Review and revise PD of SHDS and health sisters. 1-1-2 Review and revise PD of community health nurses. 1-1-3 Present PD to other health personnel at each SD. 1-2 Establish the Competency Requirement Standard (CRS) for community health nurses. 1-2-1 Establish CRS task force. 1-2-2 Discuss and develop CRS. 1-2-3 Distribute to community health nurses and evaluate current competency. 1-3 Develop and distribute handbook for community health nursing management. 1-3-1 Establish the handbook task force. 1-3-2 Discuss and develop the handbook.	Fiji side 1) Counterpart Personnel(36M/M) 2) Office space and equipment - Office space - Desks, chairs, cabinets, and bookshelves for four persons. - Meeting table and chairs - Phone line and Phones - Car Parking Space 3) Training /meeting Facilities 4) Transportation for counterpart and MOH staff 4) Driver (one) 5) Insurance for driver/car 6) Recurrent costs (telephone, electricity, water)	a
Output 2 2-1 Form the in-service training task force in each sub-division. 2-1-1 Publish policy for task force. 2-1-2 Establish task force. 2-2 Implement trainers' training in human resource development for sub-divisional medical officers, senior health sisters and health sisters. The subjects for training are: 2-2-1 Introduction to method and process of in-service training, 2-2-2 Communication skills including counseling, leadership, coaching and preceptorship, 2-2-3 Health planning, monitoring and evaluation (participatory Project Cycle Management, Precede-Proceed Model) 2-2-4 Information management, and 2-2-5 Community development (Community Capacity Building) 2-3 Define prioritized training needs within each sub-division. 2-4 Develop annual in-service training schedule for community health nurses at sub-divisional level.	Japanese side 1) Personnel 1-1) Long-term expert(36M/M) - Chief Advisor/Health Promotion - Coordinator 1-2) Short-term expert - In-Service Training - Community Development - Leadership, mentoring - Health Planning, monitoring, and evaluation - Information Management - Others 2) Material - Material for In-Service Training 3) Equipment - Vehicle - Photocopier - Computer and printer - Multimedia Projector 7) Counterpart training in Japan - Human Resource Development for Community Health Workers - Others 8) Trainers training in Fiji	
Output 3 3-1 Conduct regular in-service training for community health nurses by the task force. 3-1-1 Develop work plan and indicators in each zone and district. 3-1-2 Discuss current activities using case discussion, role playing. 3-1-3 Discuss planning, implementation and evaluation of community activities. 3-1-4 Develop annual accomplishment report at each zone and district.		Precondition • Other 6 Divisions in MOH provide resources upon request by the project manager/counterparts. • Collaboration with other donors is discussed.

ST

1/11/92

<p>3-2 Conduct individual consultation 3-3 Conduct monitoring for in-service training within each sub-division. 3-3-1 Report in-service training activities. 3-3-2 Conduct meetings for the task force regularly. 3-3-3 Tour outstanding cases (including other divisions). 3-4 Develop and distribute materials for in-service training. 3-4-1 Establish the materials task force. 3-4-2 Develop and distribute materials.</p>		
<p>Output4 4-1 Publish reports for in-service training. 4-2 Present progress at conferences/meetings. 4-3 Conduct seminars or workshops at divisional, national and regional level for mutual exchange and dissemination of the Project model.</p>		

*1: Supervisors of Community health nurses, i.e. 5 Sub-Divisional Medical Officers, 5 Sub-divisional Health Sisters, 3 Senior Health Sisters and 8 Health Sisters

*2: Community health nurses, i.e. Outpatient Nurses, FPMCH Nurses, & Zone Nurses at Health Centers and District Nurses at Nursing Stations.

Ket

Plan of Operation

Project Name: Project for In-Service Training of Community Health Nurses

Version:09/03/2005

Project Area: Central Division

Target Group: 1. Supervisors of Community Health Nurses*¹ 2. Community Health Nu Duration: April 2005-March 2008

OUTPUT1:Role and function of Community Health Nurses are redefined.

ACTIVITIES	Expected Results	05				06				07				08			Person in charge	Implementer	Materials	cost					
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6				7	8	9	10	11	12
1-1. Review and revise the Position Description (PD) for community health nurses, health sisters, senior health sisters and sub-divisional health sisters.																									
1-1-1 Review and revise PD of SHDS and health sisters.	Role of HRD for Supervisors specified in PD.	-																		MNSC	MNSC	PC, Projector, OHC, PMS standard	transportation		
1-1-2 Review and revise PD of community health nurses.	Management role for Community Health Nurses specified in PD.																			MNSC	SDHS, HS	ditto	transportation		
1-1-3. Present PD to other health personnel at each SD.	Role of community assessment for Community Health Nurses accepted by other health personnel.																			SDMO	SDHS, HS	ditto	transportation		
1-2. Establish the Competency Requirement Standard (CRS) for community health nurses.																									
1-2-1 Establish CRS task force.	Officers from HQ and other division identified to task																			NNA	MNSC	stationary	none		
1-2-2. Discuss and develop CRS.	CRS developed and revised in the third year																			NNA	Tasks (NNA, all MNSs, some SDMOs & SDHSs & HS)	PC, Projector, OHC, reference for CRS	transportation, printing		
1-2-3. Distribute to community health nurses and evaluate current competency.	CRS distributed to all targeted community health nurses.																			Tasks	SDHS, HS	CRS	transportation		
1-3. Develop and distribute handbook for community health nursing management.																									
1-3-1 Establish the handbook task force.	Officers from HQ and other division identified to task force.																			PHSS	MNSC	stationary	none		
1-3-2. Discuss and develop the handbook.	Handbook developed.																			MNSC	Tasks (NNA, PHSS, all MNSs, some SDMOs & SDHSs & HS)	PC, Projector, OHC	transportation, printing		

JST

10

OUTPUT2. Supervisors' knowledge for in-service training is reinforced.

ACTIVITIES	Expected Results	06												07												08		Person in charge	Implementer	Materials	cost Fiji, Japan													
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5					6	7	8	9	10	11	12	1	2				
2-1. Form the in-service training task force in each sub-division.																																												
2-1-1. Publish policy for task force.	Policy developed.																									GMCH	Cent/East Training Committee	Stationary	none															
2-1-2. Establish task force.	Task force developed at all SD.																									CMO	SDMO	ditto	ditto															
2-2. Implement trainers' training in human resource development for sub-divisional medical officers, senior health sisters and health sisters.																																												
2-2-1. Introduction to method and process of in-service training,	All SD supervisors trained.																									GMCH	CMO, MNS	PC, Projector, OHC, Training materials	<u>transportation,</u> <u>accommodation,</u> <u>meal, lecturer</u>															
2-2-2. Communication skills including Counseling, Leadership, Coaching and	All SD supervisors trained.																									GMCH	CMO, MNS	ditto	ditto															
2-2-3. Health Planning, Monitoring and Evaluation (Project Cycle Management, Precede-	All SD supervisors trained.																									GMCH	CMO, MNS	ditto	ditto															
2-2-4. Information Management	All SD supervisors trained.																									GMCH	CMO, MNS	ditto	ditto															
2-2-5. Community Development (Community Capacity	All SD supervisors trained.																									GMCH	CMO, MNS	ditto	ditto															
2-3. Define prioritized training needs within each sub-division.	Training needs prioritized.																									CMO	SDMO, SDHS, HS	PC, Projector, OHC	<u>transportation,</u>															
2-4. Develop annual in-service training schedule for community health nurses at sub-divisional	Annual plan developed and revised every year.																									CMO	SDMO, SDHS, HS	ditto	<u>transportation</u>															

10

OUTPUT3. In-service training for community health nurses functions in each sub-division.

ACTIVITIES	Expected Results	06				07				08		Person in charge	Implementer	Materials	cost Fiji, Japan							
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1					2	3	4	5	6	7	8
3-1. Conduct regular in-service training for Community Health Nurses.																						
3-1-1. Develop work plan and indicators in each zone and district.	Work plan for all targeted community health nurses developed												SDMO	SDHS, SHS, HS	PC, Projector, OHC, white board	transportation						
3-1-2. Discuss current activities with using Case discussion, Role	At least two cases discussed at each SD in a year.												SDMO	SDHS, SHS, HS	ditto	ditto						
3-1-3. Discuss planning, implementation, and evaluation.	Proposal developed.												SDMO	SDHS, SHS, HS	ditto	ditto						
3-1-4. Develop Annual Accomplishment report at each sub-division.	SD and individual annual accomplishment developed.												SDMO	SDHS, SHS, HS	Stationary	ditto						
3-2. Conduct individual consultation	All Targeted community health nurses received one consultation every year.												SDHS	SDHS, SHS, HS	consultation format, stationary	transportation,						
3-3. Conduct monitoring for in-service training in each sub-division.																						
3-3-1. Report in-service training activities.	Quarterly report submitted												SDMO	SDHS, HS	stationary, PC	none						
3-3-2. Conduct In-Service Training task force meeting regulary.	Information and experiences shared.												GMCH	CMO, MNS	PC, Projector, OHC	transportation,						
3-3-3. Tour outstanding cases (include other divisions).	More efficient and better management of in-service training.												GMCH	CMO, MNS	reference of outstanding case	transportation, Accommodation						
3-4. Develop and distribute materials for in-service training.																						
3-4-1. Establish material task force.	Officers from HQ and other division identified to task												CMO	MNS, CMO	stationary	none						
3-4-2. Develop and distribute materials.	Need for material identified and material developed.												CMO	Task force	PC, Projector, OHC	transportation, printing						

BT

MA

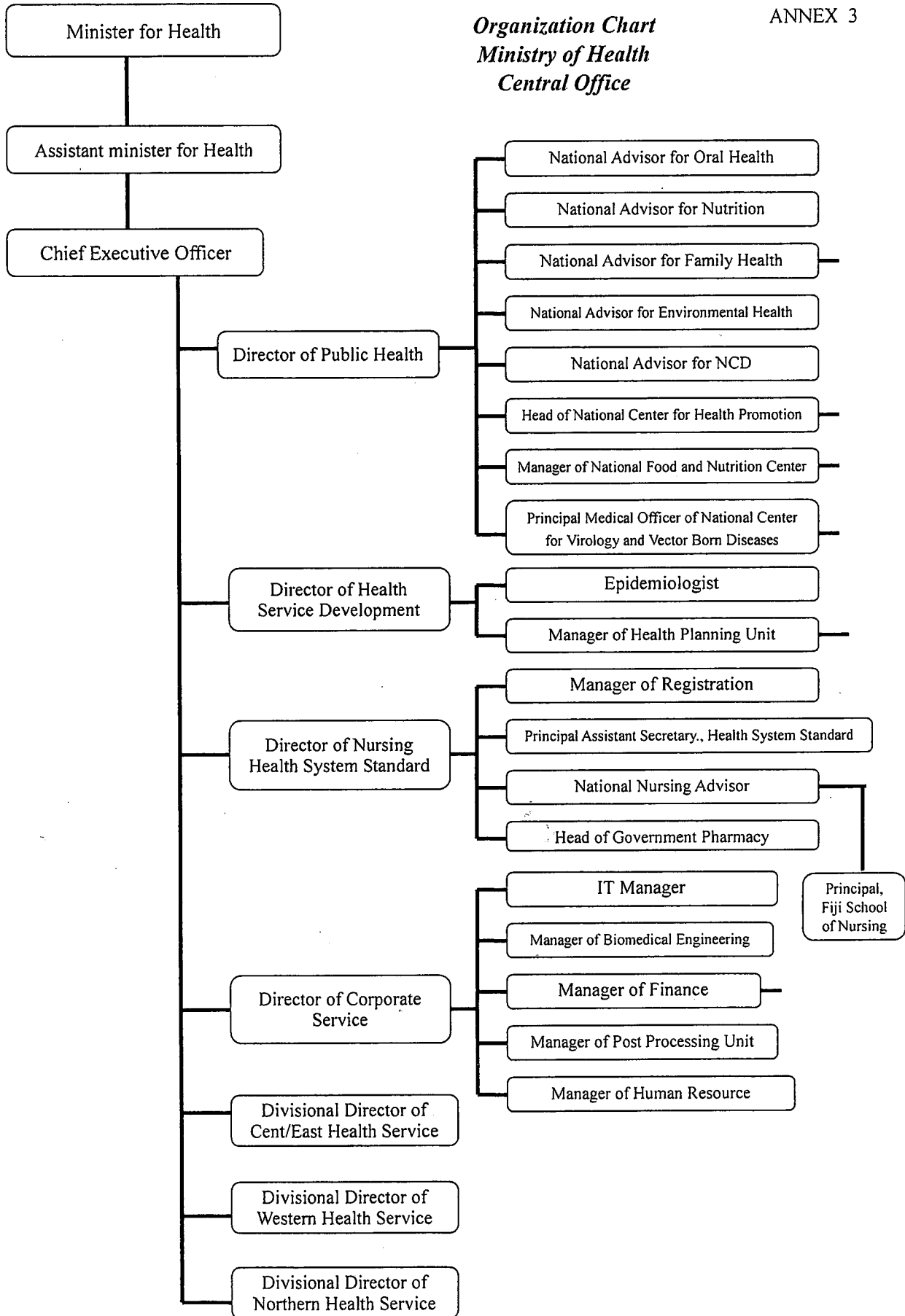
OUTPUT4. Project model of in-service training is presented to other divisions/countries.

ACTIVITIES	Expected Results	06												07												08			Person in charge	Implementer	Materials	cost Fiji, Japan						
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3													
4-1. Publish reports for in-service training.	Progress report developed and distributed.																																		GMCH	CMO, MNS, SDMO, SDHS, HS	stationary, PC	printing cost
4-2. Present progress at conferences/meetings.	Progress and result presented at meeting two times/year or more,																																		GMCH	CMO, MNS, SDMO, SDHS, HS	stationary, PC	transportation
4-3. Conduct seminars or workshops at divisional, national and regional level for mutual exchange and dissemination of the Project model.	Target countries identified and all participants attended seminar.																																		GMCH	CMO, MNS	PC, Projector, OHC, monitoring reports, progress reports	transportation

*1: SDMO, SDHS, Senior HS, HS
*2: MCH Nr, FP Nr, School Nr, GOPD Nr, Zone Nr, District Nr

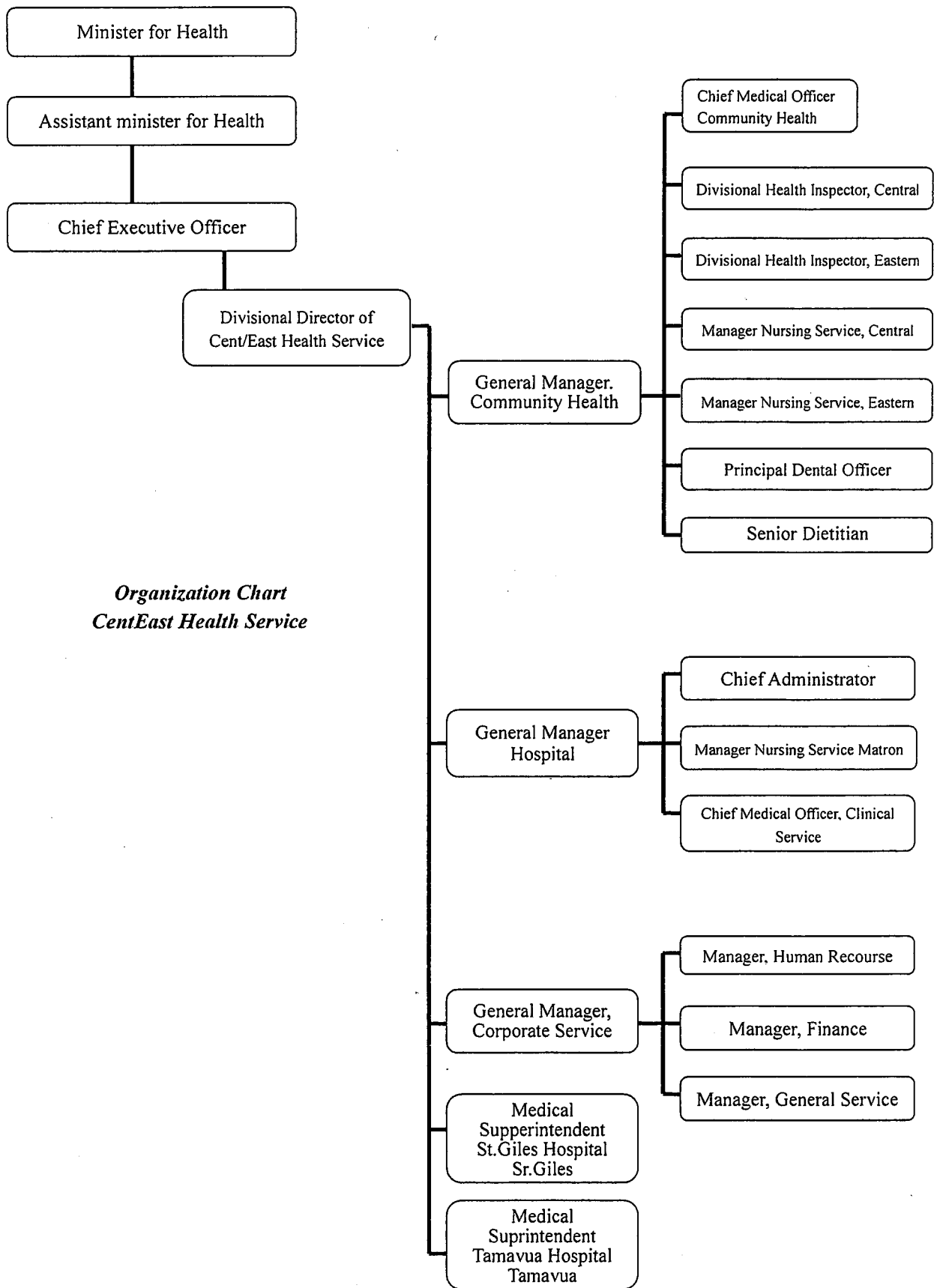
BT

**Organization Chart
Ministry of Health
Central Office**



Handwritten mark

Handwritten mark

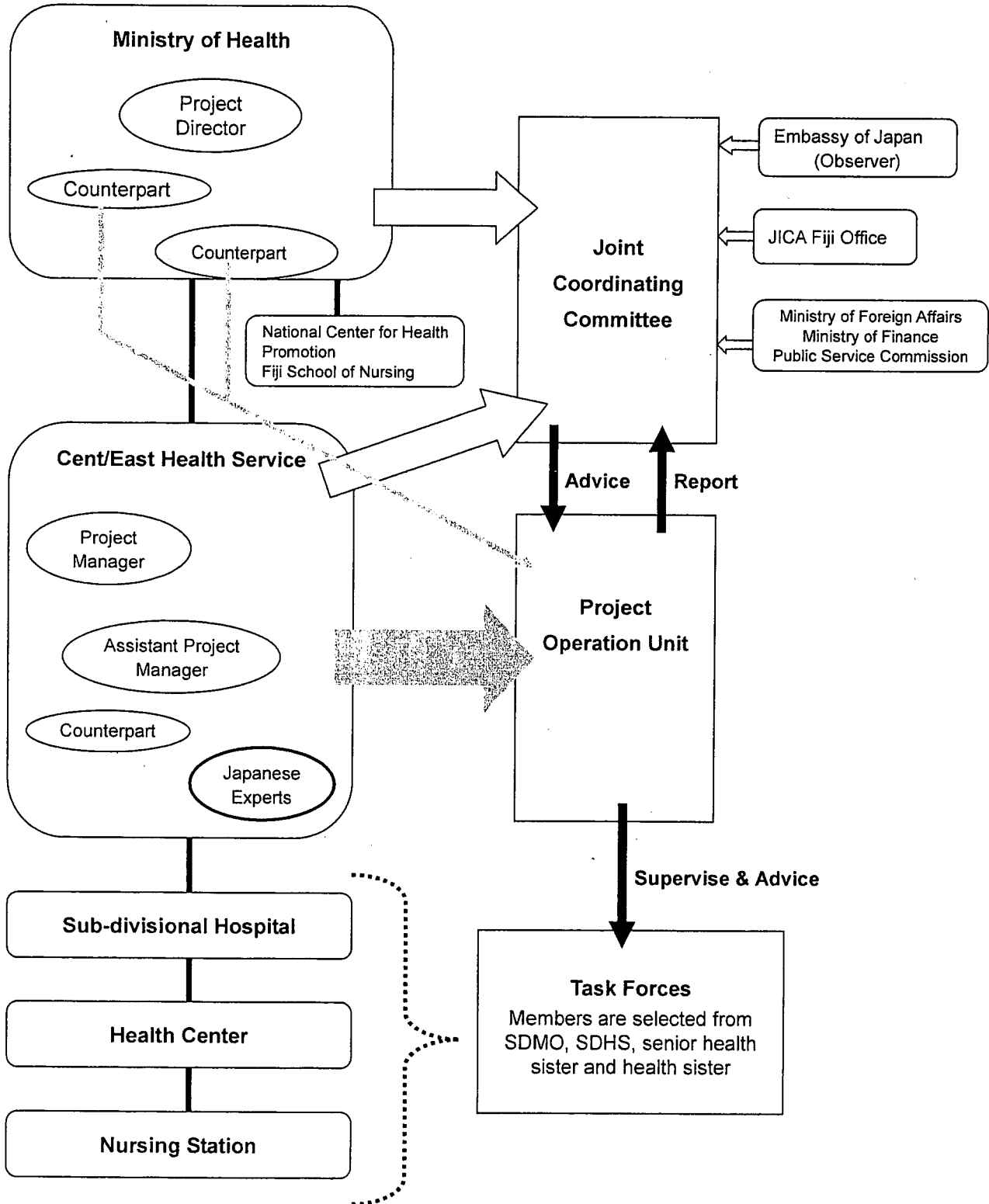


*Organization Chart
CentEast Health Service*

mm

td

Project Implementation Structure



Supervisors of Community Health Nurses in the Central Division (as of Nov. 2004)

Sub-division	Job Title	Name	Age	Qualification (Nurse)					Remarks
				RN/ FRN	PH	MID	Mgt	BA	
Suva SD	SDMO	Solo Qaranivalu							JICA ex-participant
Suva SD	SDHS	Temalesi Vakataga	58	X	X	X			
Suva SD MCH Clinic	Senior Health Sister	Penina Druavesi	39	X	X	X	X		JICA ex-participant
Suva SD School Health	School Health Sister	Meredani Serukalou		X	X	X	X		
Suva SD Lami Medical Area	Senior Health Sister	Iisapeci Vusikata	45	X	X	X	X	X	
Suva SD Samabula Medical Area	Health Sister	Temalesi Cocker	54	X	X				
Suva SD Raiwaqa Medical Area	Health Sister	Moate Umu	53	X	X	X			
Suva SD Nuffield Medical Area	Health Sister	Talatoka Tamani	45	X	X				
Suva SD Valelevu Medical Area	Senior Health Sister	Elenoa Gonelevu	51	X	X	X	X	X	
Suva SD Valelevu Medical Area	Health Sister	Miriama Seru	55	X	X				
Rewa SD	SDMO	Samuela Kalawaidoko							
Rewa SD	SDHS	Asinate Lomanivere	54	X	X	X	X		
Rewa SD	Health Sister	Sharda Segran	57	X	X				
Tailevu SD	SDMO	Susana Nakalevu							JICA ex-participant
Tailevu SD	SDHS	Sera Sogaitu	53	X	X	X	X		
Tailevu SD	Health Sister	Asenaca Heritage	46	X	X	X			JICA ex-participant
Naitasiri SD	SDMO	Eliki Nanovu							
Naitasiri SD	SDHS	Elesi Gaunidali	54	X	X	X	X		
Naitasiri SD	Health Sister	-							
Serua Namosi SD	SDMO	Tiko Kositino							
Serua Namosi SD	SDHS	Isoa Cavlevu	46	X	X	X	X		JICA ex-participant
Serua Namosi SD	Health Sister	Aloesi Qadriu	54	X	X	X			

Handwritten signature/initials

Handwritten signature/initials

Post and Number of Community Health Nurse in the Central Division

Sub-division (no. of nurse)	Medical Area	Job-title						Total
		District Nurse	Zone Nurse	OPD Nurse	MCH Nurse	Family Planning Nurse	School Nurse	
Suva SD (55)	Suva Health Office		3	4	1	1	4	13
	Lami	1	2	2	0	0	0	5
	Samabula	0	2	1	1	0	0	4
	Raiwaqa	0	4	3	1	1	0	9
	Nuffield/Nabua	0	5	2	1	0	0	8
	Valelevu	0	8	6	1	1	0	16
Rewa SD (16)	Nausori	3	7	(10) ¹	2	1	2	15
	Mokani	0	3	1	0	0	0	4
	Wainibokasi	1	3	3	0	0	0	7
Tailevu SD (13)	Korovou	1	2	3	1	0	0	7
	Nayavu		2	0	0	0	0	2
	Lodoni	1	2	1	0	0	0	4
Naitasiri SD (12)	Vunidawa	1	1	0	1	0	0	3
	Laselevu	4		1	0	0	0	5
	Naqali	2	2	1	0	0	0	4
Serua/ Namosi SD (14)	Navua	0	3	3	1	0	1	8
	Korovisilou	1	1	0	0	0	0	2
	Beqa	0	1	1	0	0	0	2
	Namuamua	2	1	0	0	0	0	2
Total		17	50	32	10	4	7	120

¹ Nausori Medical Area has a health sister in charge of OPD in order to deal with more patients than other SDs and therefore OPD nurses don't have relations with district/zone nurses in the line of duty. Therefore, OPD nurses in Nausori Medical Area are not target of the Project.

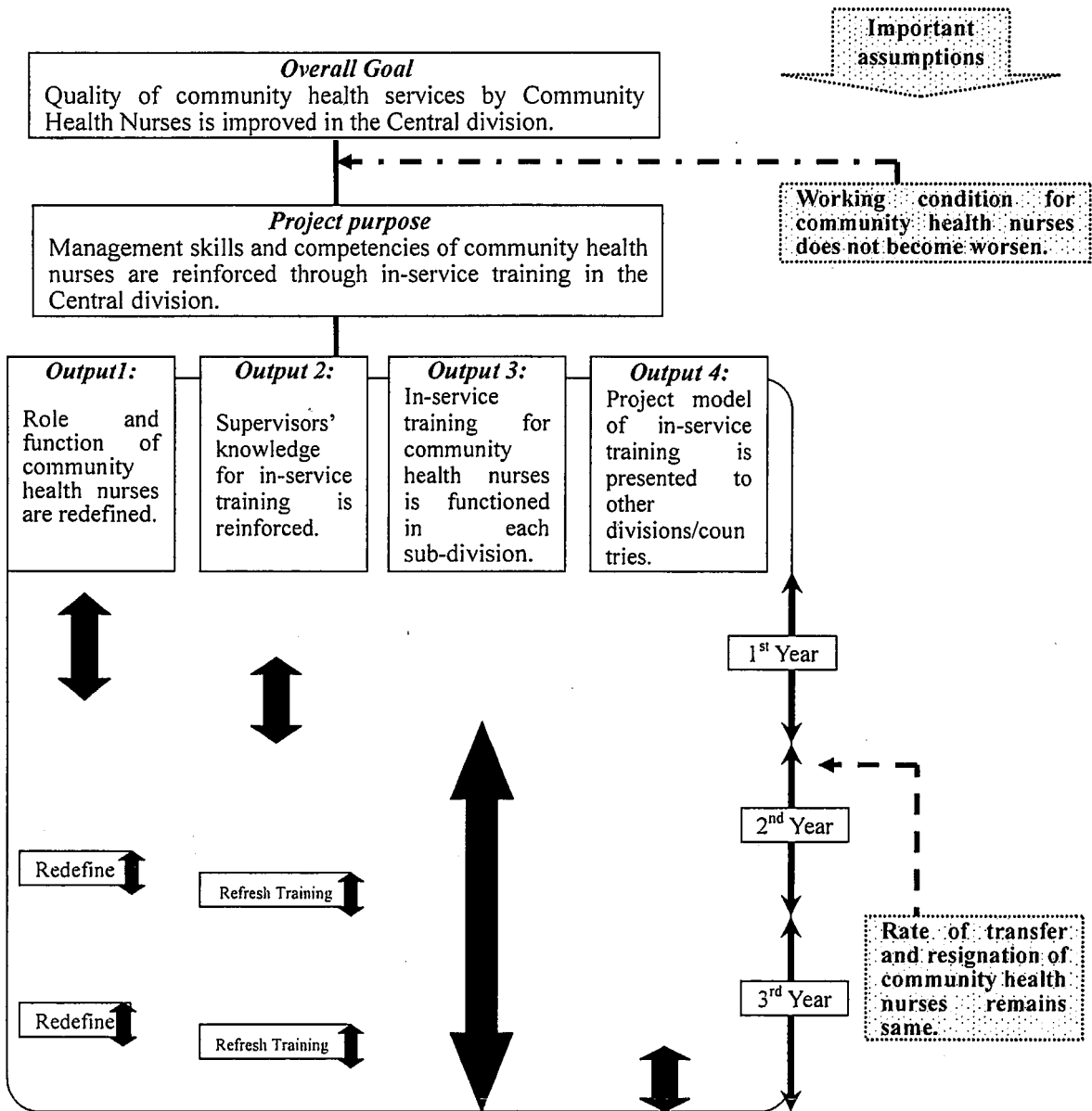
Methods for In-service Training

methods	definition	Practical use and effect
Workshop	Discuss the problem solving measures for one topic with specialists in a fixed period	independent problem solution / make friends with colleague
Case methods	Join group discussion and think measures under the supervision of instructor	Quickly coping with the situation / Develop ability of decision making
Simulation	Model training for make clear decision	Decrease confusion when faced critical situation
Roll play	Find a way out of the problem with playing a roll extempore in a given situation	Examine measures for support putting oneself in other's place
Debate	Two teams discuss the subject and a decision made by the judge	Develop theoretical thinking faculty / information analysis
Project type	Members from different organization cooperate for problem solution of specific subject	Problem solution by different occupations
Preceptorship	One-to-one training method that a senior teaches daily job to a new employee in a fixed period based on phased training plan	New-employee training
Supervisor type	Conduct training for specific persons by those joined specific training courses	Training for a few specialists by different divisions

SW

JS

Strategy of the Project Implementation



ksw

ks

5. プロジェクト・ドキュメント（和文）

技術協力プロジェクト

フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト

プロジェクト・ドキュメント

2005年3月

フィジー国政府

独立行政法人国際協力機構

目 次

略語一覧

1. 序説
2. プロジェクト実施の背景
 - 2-1 当該国の社会情勢
 - 2-2 保健セクター全体の状況
 - 2-3 フィジー国の国家計画
 - 2-4 我が国および他ドナーの保健分野支援
3. 保健医療分野における開発課題と現状
 - 3-1 対象開発課題の枠組み分析
 - 3-2 現状と課題の分析
4. プロジェクト戦略
 - 4-1 プロジェクト戦略の概要
 - 4-2 プロジェクトの実施体制
5. プロジェクトの基本計画
 - 5-1 プロジェクトの対象地区および対象者
 - 5-2 プロジェクト目標
 - 5-3 上位目標
 - 5-4 成果と活動
 - 5-5 投入
 - 5-6 外部条件とリスクの分析
 - 5-7 前提条件
6. プロジェクトの実施妥当性
 - 6-1 妥当性
 - 6-2 有効性
 - 6-3 効率性
 - 6-4 インパクト
 - 6-5 自立発展性
 - 6-6 結論
7. モニタリングと評価

別添資料

略語一覧

略語	正式名称
AusAID	オーストラリア国際開発庁
EPI	予防接種拡大計画
IMCI	統合的小児疾患管理
IUD	子宮内避妊具
JCC	合同調整委員会
JOCV	青年海外協力隊
MCH	母子保健
NCD	非感染症
NGO	非政府組織
PacELF	太平洋フィラリア対策
PCM	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PIF	太平洋諸島フォーラム
PHC	プライマリー・ヘルスケア（基礎予防医療）
STI	性感染症
TFR	合計特殊出生率
UNICEF	国連児童基金
UPS	南太平洋大学
WHO	世界保健機構

参考 (2005年2月16日現在)

F\$1=US\$0.61

F\$1=YP¥64.6

1. 序 説

2000年4月、16の南太平洋フォーラム（South Pacific Forum : SPF）加盟国および地域の首脳を招いて「太平洋・島サミット」（第2回 SPF 首脳会議）が宮崎において行われ、太平洋フロンティア外交の提唱など、我が国として積極的な太平洋島嶼国外交を展開していく方針が表明された。中長期的な協力の方向性をまとめた「宮崎イニシアティブ」の採択を通じて、日本・太平洋島嶼国の包括的パートナーシップの構築に向けた決意が再確認された。

さらに2003年5月に開催された第3回「太平洋・島サミット」（Pacific Islands' Leaders Meeting: PALM2003）において採択された「沖縄イニシアティブ」では、より豊かで安全な大洋州のための地域開発戦略が謳われ、その中で感染症や生活習慣病対策、予防接種の実施などについて、我が国による保健分野への支援が明記された。

独立行政法人国際協力機構（JICA）は、「宮崎イニシアティブ」に基づき沖縄国際センターにおいて島嶼地域保健行政研修コースを実施している（平成12年から16年度までの全5回）。本研修コースには大洋州地域の地域看護職や看護監督者などが参加し、地理的特性が似通い、公衆衛生看護婦の活用などで独特な地域保健活動を行ってきた沖縄の経験を参考にしながら、各国の問題を共有し相互連携の可能性を探っている。

沖縄での研修事業において、地域保健看護師活用とそのための人的資源開発への支援を要請する声が高まったため、JICAは2003年10月に技術協力プロジェクト形成のための調査団をフィジー国に派遣し、人材育成分野の協力の方向性について検討を行った。これを受け、フィジー国政府は、地域保健看護師の能力向上を目的としたプロジェクトの実施を日本政府に要請した。

2004年6月に、プロジェクト形成のための長期専門家がフィジー国保健省に派遣され、地域保健看護師をめぐる現状と問題点を分析するための情報収集、プロジェクト案策定にあたった。2004年9月には「地域保健看護師現任教育プロジェクト」事前評価調査団が派遣され、プロジェクト実施の必要性を調査するとともに、具体的な協力内容、活動計画について協議を行い合意に達した。さらに2004年11月に評価分析担当団員が派遣され、評価5項目による事前評価ならびにプロジェクト・ドキュメントの作成に必要な情報収集を行った。

本プロジェクト・ドキュメントは、本件プロジェクトが実施段階に入ったときに主要な役割を担う専門家やカウンターパートを対象とし、本件はどのような背景のもとで計画されたのか、計画する際どのように問題が分析され、戦略が立てられたのかについて一連の過程を説明するために作成された。

2. プロジェクト実施の背景

2-1 当該国の社会情勢

2-1-1 政治状況

(1) 地理・人口

フィジー国は300余りの島々からなる18,272km²(四国とほぼ同じ大きさ)の国土に86万人(2003年)が住む小国であるが、大洋州の中心に位置し、比較的面積の大きな島を擁し、大洋州諸国の中で航空路の要衝を担っていることなどから、地政学的に重要な位置を占めている。首都スバや観光都市ナンディのあるビチレブ(Viti Levu)島に人口の75%が住んでおり、下表にあるように、中部、東部、西部、北部の4つの行政区分(Division: 地方)がある。観光地ナンディを抱える西部が人口最多でインド系が多く、首都スバのある中部はフィジー系が多い。人口の51%がフィジー系でキリスト教徒、44%がインド系でヒンズー教徒と、国内を二分している。

表1 地方別人種別人口(2003年)

	中部		東部		西部		北部		全国	
フィジー系	196,425	60%	39,911	91%	129,178	38%	72,891	46%	438,405	50%
インド系	105,208	32%	650	1%	203,163	60%	75,312	47%	384,333	44%
その他	23,714	7%	3,098	7%	7,607	2%	10,143	7%	44,562	6%
合計	325,347	100%	43,659	100%	339,948	100%	158,346	100%	867,300	100%

出所: 保健省

(2) 歴史

1874年に英国の植民地となり、サトウキビ収穫にあたる労働力としてインドからの移民約6万人が導入された。1970年の英国からの独立以降はフィジー系政党が政権を担当し、インド系住民の土地所有が禁止されるなどインド系の不満を背景に1987年に軍がクーデターを起こした。これ以降フィジー系とインド系の確執が顕著になったため、1998年に民族融和を目指す新憲法が発効し、1999年に初のインド系首相が誕生したが、2000年にフィジー人の政治的優位強化を主張する武装勢力による国会占拠事件が発生、軍が行政権を掌握し憲法を廃止するなど混乱が続いた。2001年に総選挙が行われ民主政権が樹立したのを受け、ほとんどの援助機関が制裁措置を解除したが、2つの人種間の緊張関係は現在も続いている。

(3) 外交

地理的に近い豪州、ニュージーランドとの関係が極めて深く、従来は南太平洋諸国との協力関係を重視してきたが、近年はアセアン諸国や日本との関係強化の動きも顕著になってきている。太平洋諸島フォーラム(Pacific Islands Forum: 1971年に設立された国際機関)や太平洋共同体に参加し、地域協力を推進している。首都スバには、PIF事務局のほか、南太平洋諸国が出資して設立した南太平洋大学(University of the South Pacific: UPS)など多くの地域協力機関および国際機関の地域オフィスがある。

2-1-2 経済状況

(1) 概況

英国植民地政府が推進した砂糖生産を基幹とするモノカルチャー経済から、漁業振興と観光開発に力点を置く政策に転換したことが奏功し、現在は観光・砂糖・衣料が3大産業となり、1人

当たり GDP は 2,300 米ドル (2002 年、世銀) に達している。先進国からの援助に頼らざるを得ない周辺の太平洋諸国の体質とは異なるが、クーデターによるインド系資本・労働力の海外流出、治安悪化による観光収入の減少などによりマイナス成長も経験した。最近では観光産業が回復し 2002 年には 4.4% の経済成長率を記録した。貿易相手国としては輸出・輸入とも豪州が 1 位 (2003 年)。失業率は 14% (2001 年、統計局) となっている。

(2) 所得分布・貧困

1995 年にフィジー国政府と国連開発計画が行った貧困調査によると、貧困ライン以下人口は 25% と推計されている。最貧困世帯の 60% が農業に従事しており、農業セクターの最貧困層はインド系が多数を占める土地なし砂糖生産労働者である。所得格差は特にインド系住民および都市居住者の間で大きい。家族補助金、貧困削減基金といった社会福祉制度もあるが、現実には相互扶助や緊密な血縁関係に支えられており、それが確固としたソーシャルセーフティネットとして機能している。

表 2 は、全国に 14 ある地区 (地方の下の行政区分、sub-division) 別の世帯所得を示したもので、首都スバを含む Rewa (現在スバは Rewa から分離して別の地区となっている) が最も所得レベルが高く、最下位の Cakaudrove の 2.4 倍となっている。プロジェクト対象地方である中部¹は、比較的所得が高いが、4 つの地方の間でそれほど鮮明な所得格差は見受けられない。

表 2 地区別週間世帯所得 (1995 年) (単位: フィジードル)

	Sub-division	地方	世帯所得		Sub-division	地方	世帯所得
1	Rewa	中部	73	8	Serua	中部	38
2	Ra	西部	51	9	Namosi	中部	37
3	Ba	西部	47	10	Lau	東部	34
4	Kadavu	東部	42	11	Nadroga	西部	33
5	Lomaiviti	東部	41	12	Tailevu	中部	33
6	Naitasiri	中部	39	13	Bua	北部	32
6	Macuata	北部	39	14	Cakaudrove	北部	30

出所: Atlas of Fiji, University of South Pacific

2-2 保健セクター全体の状況

2-2-1 疾病動向

以下に保健指標を表にまとめたが、フィジー国の保健状況をデータでみる際、報告数が過小で統計の精度が低い点を留意する必要がある。

フィジー国では識字率が男性 95%、女性 91%、女子の初等教育就学率が 100% を超えるなど、女性の教育レベルが高く、人口自然増加率は 1.30% (2002 年) と低い。かつクーデターや医師・看護師を含む豪州への頭脳流出などの影響による移民増加で人口流出が続いている。乳児死亡率は 1975 年に 41 だったものが徐々に低下しており、大洋州諸国の間ではサモア (19) より良く、ニュージーランド (5) に次ぐレベルとなっている。現在では、TBA (伝統的産婆) の利用はほとんどみられず、介助者による分娩比率が 98% に達しており、妊産婦死亡率も改善している。保健・教育指標ではジェンダー間の格差は認められない。

¹ 中部の特徴としては、フィジー系人口比率が高く、人口密度が高く、平均余命が長く、高等教育機関があるため 3 次教育を受けた者の比率が高い点があげられる。保健分野についていえば、トップリファラル医療機関の CWM 病院があるため医師や看護師が多く、保健省やフィジー看護学校などプロジェクトに関係する機関があり、保健医療資源に恵まれている。

表3 人口および保健指標の推移²

	1988	1999	2000	2001	2002
人口	749,849	845,033	854,796	861,003	872,985
乳児死亡率	19.7	17.2	16.2	15.4	17.7
妊産婦死亡率	60	40	57	40	35
避妊実施率	36%	40%	43%	44%	36%

出所：保健省

表4 フィジー国の基本保健指標

人口増加率	都市人口比率	TFR ³	平均余命	分娩介助比率	安全な水へのアクセス	識字率
2002年	2002年	2002年	2001年	1998年	2000年	2001年
1.35	52%	3.05	69.3歳	98%	85%	93%

出所：保健省、WHO

経済発展による生活レベル改善、電気、道路など基礎インフラ整備の充実、教育レベルの高さといった社会経済的要因を背景に、無料の医療制度によるアクセスの良さが貢献し、フィジー国では保健指標が順調に改善し、感染症中心の疾病構造から高血圧、糖尿病などNCD中心へと疫学転換を遂げている。死因の80%以上がNCDによるという調査結果もでており、生活習慣病予防が現在の保健分野における大きな課題となっている。

表5 主要死因の推移

	1996	1997	1998	1999	2000
1	循環器疾患	循環器疾患	循環器疾患	循環器疾患	循環器疾患
2	内分泌疾患	内分泌疾患	内分泌疾患	がん	事故・中毒
3	がん	呼吸器疾患	がん	事故・中毒	がん
4	呼吸器疾患	がん	呼吸器疾患	感染性細菌症	感染性細菌症
5	感染性細菌症	感染性細菌症	事故・中毒		

出所：Strategic Plan 2003-2005, 保健省

表6 入院患者の主要疾病の推移

	1991	1995	1996	1997	1998
1	循環器疾患	呼吸器疾患	循環器疾患	呼吸器疾患	感染性細菌症
2	呼吸器疾患	循環器疾患	事故・中毒	循環器疾患	呼吸器疾患
3	事故・中毒	事故・中毒	呼吸器疾患	事故・中毒	循環器疾患
4	尿疾患	尿疾患	消化器疾患	消化器疾患	事故・中毒
5	消化器疾患	消化器疾患	尿疾患	感染性細菌症	尿疾患

出所：Annual Report 1997&1998, 保健省

² フィジー国では人口が85万人余りと少ないこともあり、地方別の保健水準や疾病動向の違いは明確ではない。地方別乳児死亡率のデータを見ても、年によって死亡率の高い地区は異なり、また根本的に保健統計の整備が遅れているため地方別データがほとんど存在しない。

³ TFR=Total Fertility Rate、1人の女性が一生の間に産むと想定される子供の数、妊娠可能年齢（15-49歳）の各年齢ごとの出生率の総和。出所：WHO

2-2-2 保健行政

保健省は以下の4つの課から構成される。AusAIDとの連携のもと1999年から地方分権化を実施し保健省の行政機構改革が繰り返し行われた結果、組織が簡素化され人員も削減された。保健省本部は政策策定、予算配分を行い、保健サービス供給は地方レベル以下を統括する地方保健局が担当している。フィジー保健省においては、臨床サービスより公衆衛生活動に重点を置いており、公衆衛生は本省で扱い、臨床サービスは地方保健局の担当となっている。現在の保健省の組織は以下のとおりである。

- ・公衆衛生課 (Public Health Division)
 予防保健関連政策の立案および公衆衛生事業の実施を監督する。
- ・看護薬剤課 (Nursing and Health System Standard Division)
 看護およびパラメディカルの登録管理、業務管理、看護学校教育、看護師の卒後教育、薬剤師指導などを行う。
- ・保健事業計画課 (Health Service Development Division)
 長期および年間保健計画策定、疫学調査、予算編成を行う。
- ・運営計画課 (Corporate Service Division)
 人事・労務管理、施設管理、給与管理を行う。

2-2-3 保健財政

保健省予算(2004年度は約78億円)は国家予算の約8%、GNPの3%で安定しており、大洋州の他国よりは配分が多いと思われる。保健分野はAusAIDなどドナーが多く支援していることもあり、フィジー国政府にとって教育に次ぐ重点分野であり、防衛予算より配分が多くなっている。

表7 保健省予算の推移(単位:フィジードル)

年度	国家予算	保健省予算	保健省予算比率
1995	820,534,500	71,057,400	9%
1996	960,724,400	78,168,700	8%
1997	1,088,657,320	86,863,450	8%
1998	1,108,256,400	84,144,950	8%

出所: Annual Report 1997&1998, 保健省、

予算配分はすべて保健省本部と地方保健局長で構成する予算委員会で決定され、地方保健局以下への予算は本部への申請により承認される。保健省本部においては、公衆衛生課だけが独自に運用できる公衆衛生事業予算を持っており、他の3課の予算は政策管理費に含まれ、看護薬剤課独自の予算はない。現任教育に関する予算は、政策管理費の人材管理・育成費より支出され、現任教育予算はF\$440,000(約2,900万円)だが、これにはフィジー医学校や看護学校の卒後専門課程コースの予算も含まれている。現状では地域保健看護師への割り当てはほとんどない。

表8 2004年度保健省予算内訳

費目	予算額(1,000F\$)	比率
人件費(常勤)	59,118	48.8%
人件費(非常勤)	11,338	9.4%
物品購入費	21,925	18.1%
税金	13,384	11.0%

施設建設費・補修費	4,963	4.1%
施設・備品購入費	3,281	2.7%
その他	7,174	5.9%
合計	121,173	100.0%

出所：保健省

表9 2004年度予算プログラム別内訳

種別		内容	予算額 (1,000F\$)	比率
政策・管理	運営・管理	人材管理・育成、政策アドバイス、	7,708	6.4%
	研究	調査、疾患予防プログラム	709	0.6%
保健事業	基幹病院	臨床治療業務、施設建設、職員研修	55,665	45.9%
	地区病院、ヘルスセンター、看護ステーション	PHC および臨床事業、疾患予防対策、保健増進活動、施設建設・維持管理	33,200	27.4%
	公衆衛生事業	エイズ教育、疾患予防事業、NGO 支援	4,083	3.4%
	薬剤・医薬品	薬剤供給、薬品供給管理	14,575	12.0%
雑務	病院支援事業	ボイラー・焼却炉維持管理	1,557	1.3%
	看護	看護師養成、施設維持管理	2,983	2.5%
社会事業	高齢者施設	高齢者ケア事業	689	0.6%

出所：保健省

2-2-4 保健サービス供給システム

一次保健医療機関としてヘルスセンターや看護ステーション、二次機関として地区病院、地方病院がある。首都スバにある植民地戦争記念病院（Colonial War Memorial Hospital：CWM 病院）が唯一の三次医療機関で国のトップリファラル病院であるとともに、中部地方の地方病院でもある。医師は主に二次、三次機関で働いているがヘルスセンターにも医師が常駐しているところがある。リファラルシステムは比較的良好に機能しているが、中部地方には国のトップリファラル病院である CWM 病院があり（中部の地方病院も兼ねている）、重篤な病気の場合は下位病院をバイパスして直接 CWM 病院で受診するケースが多い。地区病院は応急手当や内科診療、妊婦検診・分娩など産科サービスで主に利用されている。

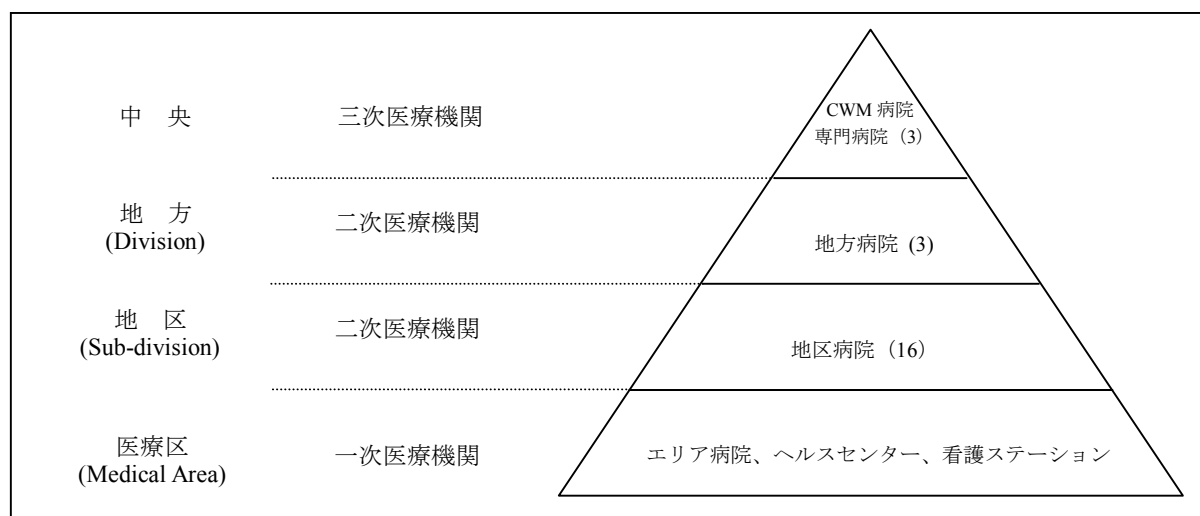


図1 フィジー国のリファラルシステム

2-3 フィジー国の国家計画

フィジー国の国家開発計画である「戦略開発計画 2003-2005」では、ビジョンを“平和で繁栄したフィジー”とし、その実現のための戦略として以下の点を掲げている。「貧困撲滅」および「地方および離島部の開発」の中で保健サービスの強化が謳われており、本件の上位目標との整合性が認められる。

a) 安定をもたらすための戦略

- ・ 貧困撲滅（保健サービスへのアクセス向上）
- ・ 安全保障・法・秩序の強化
- ・ 国家レベルでの和解と団結
- ・ 憲法の再審理
- ・ グッドガバナンス強化
- ・ 農業借地問題解決

b) 成長をもたらすための戦略

- ・ マクロ経済の安定
- ・ 投資レベル向上
- ・ 公共セクターコスト削減
- ・ 地方および離島部の開発（地域医療サービスの強化）
- ・ 競争と効率性を促進する構造改革

保健省では、国家戦略計画、保健省3ヵ年戦略に基づいて年間計画を策定している。2004年に発表された「保健省戦略計画 2005-2008」では戦略目標として以下の5点を掲げている。

1) 保健サービス供給

よく計画され、質の高い、安価な保健サービスをすべての国民に供給する

2) 健康の保護

国民の健康と幸福を維持するため、政策、法律、基準を策定し実行する

3) 健康の増進

健康を増進し疾病リスク要因を減らすよう関係者間の効果的パートナーシップを形成する

4) 人材育成

質の高い保健サービス供給のため能力が高く意欲ある人材を育成する

5) 生産性向上

資源を最大限に活用しあらゆるレベルのサービスを改善するようマネジメントを強化する

2-4 我が国および他ドナーの保健分野支援

日本はフィジー国におけるトップドナーであり、2002年の援助総額は1,870万米ドル、2位は豪州の860万米ドル、3位はニュージーランドで280万米ドルとなっている。以下に述べるように、保健分野ではAusAIDが主要ドナーであるが、その協力重点分野はマクロ保健政策形成と、草の根レベルの住民を巻き込んだ保健増進活動となっており、その中間レベルあるいは個別の技術移転プロジェクトの数は少ない。

2-4-1 日本

1984年にJICAフィジー事務所が開設され、86年より太平洋青年招聘事業が実施されているほか、専門家および青年海外協力隊員の派遣を行っている。無償資金協力については、フィジー国の所得水準が高く、原則として一般無償資金協力は対象外だが、南太平洋諸国の主導的地位にあるため周辺国にも裨益する案件については実施を検討している。

表 10 JICA フィジー事務所の実績（全セクター）

	2003 年度	2002 年度	2001 年度	2000 年度	1999 年度までの 累計
技術協力経費（億円）	9.89	7.8	9.6	7.6	148.8
研修員受入れ（名）	83	92	94	75	1,273
専門家派遣（名）	8	15	8	11	244
調査団派遣（件）	18	20	48	14	606
JOCV 派遣（名）	14	24	20	15	224
シニア海外 ボランティア（名）	13	15	9	7	6
機材供与（億円）	0.74	0.46	0.65	0.70	17.82
無償資金協力（億円）	-	10.59	0.54	-	127.63

出所：JICA 地域部資料

保健分野を対象にした協力実績としては以下があげられる。

1) 無償資金協力

- ・ フィジー看護学校建設（1984）20 億円
- ・ CWM 病院病棟建設（1991）20 億円
- ・ CWM 病院小児病棟建設（1998）
- ・ 医薬品物流施設建設（2002）10 億円

2) 個別専門家派遣

- ・ 日豪協調ヘルスプロモーション（1995～1998）
- ・ 結核対策（2003～2005）

3) 医療特別機材供与

- ・ 特別医療機材（1995）：日豪協調ヘルスプロモーション関連（巡回検診車、検診器具等）
- ・ 感染症対策特別機材（2001）：PacELF への供与（麻疹ワクチン、注射器等）

4) 地域別特設研修「島嶼地域保健行政コース」2000 年度から 2004 年度までに 7 名が参加

5) 草の根無償 1999～2004 年度に 14 件、8,688 万円の協力実績がある。

地方病院中古救急車供与、フィジー赤十字献血用救急車・無線機供与、CWM病院医療機器供与、ナブア病院洪水被害復旧、タブア病院緊急用自家発電装置供与など。

2-4-2 AusAID

保健省に計画策定能力の技術移転をしながら保健セクターのマクロ政策をリードしており、1999 年から AusAID の主導により地方分権化を主な内容とした保健セクター改革を実施し、現在は地方分権化後の行政能力向上への支援を行っており、保健省と共同で長期戦略や年間計画を策定し発表も共同で行うなど、その存在は他ドナーを圧倒している。

看護教育に関しても、フィジー看護学校のカリキュラム改正と教員のキャパシティビルディングを支援し、地域開発プログラムの中で、ヘルスプロモーションセンターを通して地域保健看護師を含めた支援が行われており、今後のプロジェクトの動向を注意深く見守る必要がある。

現在までの主なプロジェクトは以下のとおりである。

- 1) 保健マネジメント改革プロジェクト（1999-2004年、予算7億4000万円）

目標：地方分権化に必要な管理能力強化を通じた保健サービス改善

活動：①医療と地域保健サービスの効率的な統合のための組織改革と人材育成
 ②保健管理職の政策策定・マネジメント・評価能力の強化
 ③地方分権化のための保健サービス管理に関する研修
 ④関係法規等の作成能力強化
- 2) タベウニ（北部）地域保健プロジェクト（1999-2004年、予算8億2000万円）

目標：PHCなど地域住民の参加により保健サービスを向上させ罹患率を減少させる

活動：①保健システムの効果・効率の向上
 ②地域保健開発によるPHCの活発化
 ③人材資源開発のための保健職員や地域住民、保健ワーカーの研修
 ④リファラルシステム強化
- 3) 保健セクター改善プログラム
 (Fiji Health Sector Improvement Program: FHSIP、2004-09年、予算19億2000万円)
 タベウニ・プロジェクトで得た経験・教訓をもとに、タベウニ・プロジェクトとほぼ同じ内容の活動を全国展開している。このプロジェクトの中で、本件と同じく中部地区のTailevu地区を対象とした地域保健開発コンポーネント（2年間、予算600万円）を実施する。
 目標：フィジー国民の健康増進のためのシステム改善
 活動：a) 保健省本部対象
 - ・地方分権化システム確立と強化のための行政能力強化
 - ・人的資源開発を目的としたフィジー看護学校の業務改善、長期計画として看護学校とフィジー医科大学の合併を構想
 b) 地方対象
 - ・地方分権推進のため地方保健局で必要な行政能力の強化
 - ・健康増進と住民参加
 - ・地方保健局における医療と保健の統合、リファラルシステムの構築

2-4-3 WHO

フィジー国での重点分野としては、EPI、再興感染症、結核、HIV/AIDSを含む感染症対策、NCD、水、IMCI、リプロダクティブヘルスを含む保健対策、保健情報システム、保健財政を含む保健セクター開発があげられる。このうち感染症対策では、JICAと共同でEPI用ワクチン供給やフィラリア撲滅のためのPacELFを展開している。またJICAからは結核対策の長期専門家1名が派遣されており、WHOフィジー事務所で活動している。

2-4-4 大洋州共同体（SPC：The Secretariat of the Pacific Community）

1947年に南太平洋委員会（South Pacific Commission）として設立された国際機関で、大洋州地域の生活向上を目的とし、技術支援、研修、調査研究を実施する。22の大洋州地域を含む27の国と地域が参加している。本部はニューカレドニアだが、フィジー国に支所があり、公衆衛生分野を担当している。環境分野に重点を置いているが、保健分野としては公衆衛生プログラムが2003年から2005年にかけて実施されている。同プログラムの成果として、ヘルスワーカーの能力向上、大洋州域内での能力格差の把握、農村部の保健状況の現状把握などを見込んでいる。

3. 保健医療分野における開発課題と現状

3-1 対象開発課題の枠組み分析

3-1-1 プロジェクト実施機関の組織

(1) 地方保健局

保健省で地方レベルの保健行政を統括する地方保健局は中東部、西部、北部の3つ設置されている。地方保健局長は臨床サービスと公衆衛生サービスの両方を管轄する。局長の下には地域保健課長、地方看護指導監などが配置されており、地域看護師長が各地区の看護師を統括している。

地方保健局は本省が定めた政策の実施、地区保健計画の策定、保健データの収集など保健医療サービスの実施機関であり、本省から通知される保健省年間計画に基づいて年間活動計画を作成している。人材開発に関する本省との業務の違いは以下の表のとおりである。

表 11 人材開発における保健省と地区保健局の役割の違い

保健省	地方保健局
1. 職員雇用計画の作成	1. 職員の管理
2. 国家人材育成政策の作成	2. 職員の募集
3. 外国人医師の募集と採用	3. 人材情報システムの維持管理
4. 産業との連携	4. 地区内の研修計画策定
5. 保健マネジメント改革	5. 研修、ワークショップの実施
6. 研修計画策定	
7. 国家人材報告システム構築	

出所：保健省

2004年度の中東部地方保健局の予算はF\$44,024,388（約28億円、保健省予算の36%）で、うち87%が事業運営経費に支出される。なお、各地方で実施されている研修予算として中東部にはF\$44,024（2004年度、約280万円）が配分されているが、従来は研修プログラムの企画・運営・モニタリングは本省が行ってきた。2005年度からは地方保健局独自で企画できる研修予算が配分される予定である。保健省職員の研修活動に関する決定はトレーニング委員会が行っており、地域保健看護師が研修を受講したい場合は、地区保健局のトレーニング委員会経由で本省のトレーニング委員会へ申請、あるいは本省の公衆衛生課へ直接申請する、という二通りの方法がある。

(2) 地区レベル

中部には5つの地区があり、各地区病院の院長を兼任する地区医師長が統括している。地区の下の行政レベルである医療区には必ずヘルスセンター（複数の看護師と医師が常駐）か看護ステーション（看護師1人のみ）が設置され、公衆衛生担当の看護師が配属されている。看護ステーションの下には簡易診療所（Dispensary）が設置されている場合もあり、コミュニティヘルスワーカー（住民ボランティア）が胃薬の配布や傷の消毒、啓発活動などを行っている。

3-1-2 地域保健看護師の業務

(1) 看護師の職務区分

フィジー国では臨床活動と公衆衛生活動に携わる看護師の業務が以下のように区別されている。本件で対象とするのは地域保健看護師である。

表 12 地域保健看護師と病院看護師の職務の違い

	地域保健看護師 (community health nurse)	病院看護師 (clinical/hospital nurse)
役割	村落レベルで公衆衛生活動に従事（外来診療を含む）	臨床活動に従事
勤務地	ヘルスセンター、 看護ステーション	病院

地域保健看護師のうちヘルスセンターに勤務する者はゾーン看護師（Zone nurse）、看護ステーションに勤務する者はディストリクト看護師（District nurse）と呼ばれる。ヘルスセンターに勤務し、外来患者を担当する看護師は、担当分野により母子保健看護師（MCH nurse）、家族計画看護師（Family planning nurse）、外来看護師（OPD nurse）、特別外来看護師（SOPD Nurse）と呼称する場合もある。また、地域保健看護師を指導する立場の看護師として地域看護師長、シニア地域看護主査、地域看護主査がいる（以上3 職位を総称して「指導者」とする）。

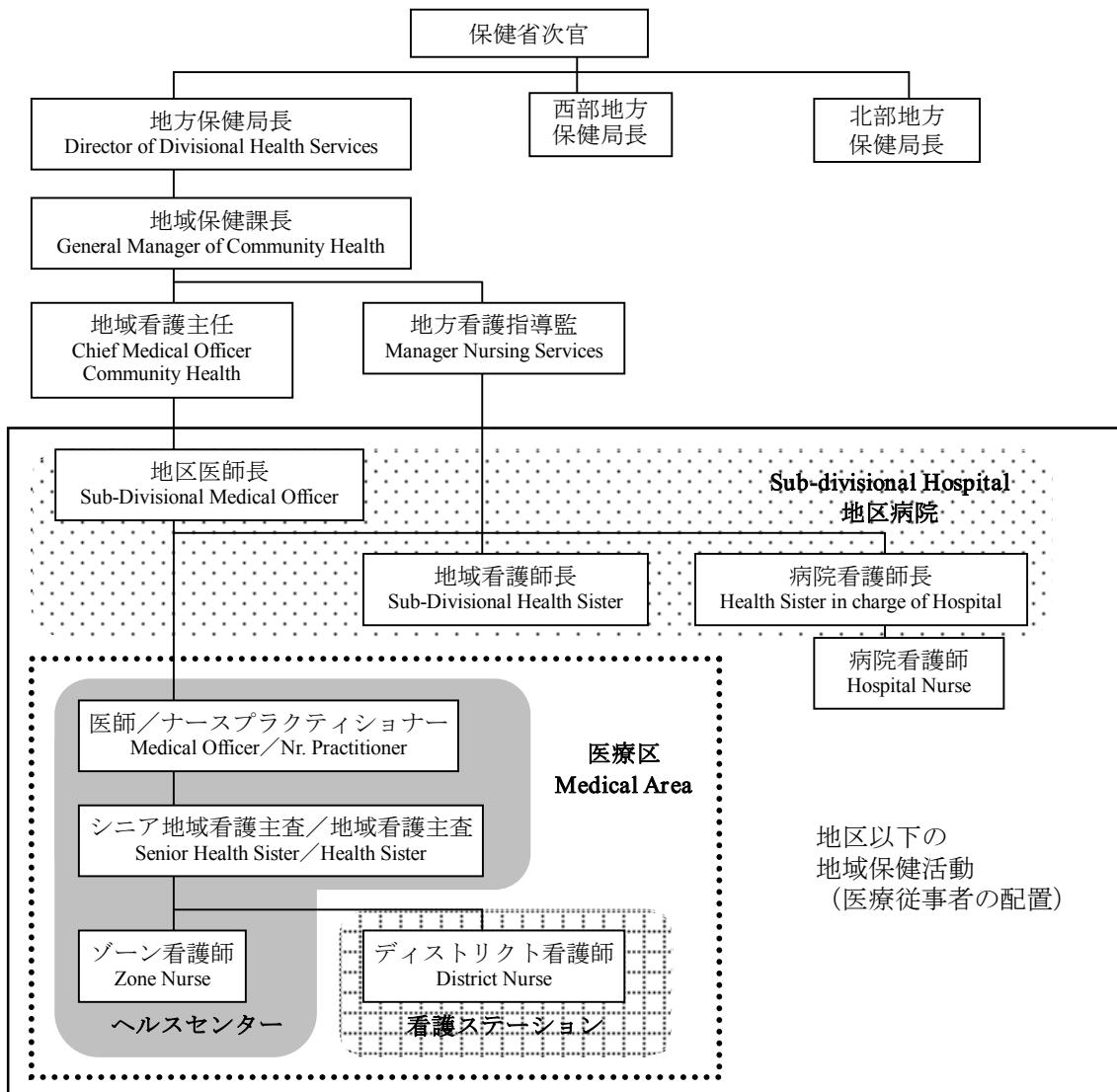


図 2 地方保健局組織図

表 13 地域保健看護師と指導者の資格要件

職位	給与基準番号 ／年間給与	条件
地域保健看護師	NU06	1. 登録看護師の資格を有する（必須） 2. 助産師・公衆衛生看護師の資格を持つことが望ましい 3. 2-3年間の病院看護師経験があることが望ましい
地域看護主査	NU05 F\$14,766 ～17,361 (954千円～ 1,122千円)	1. 登録看護師資格所得後に5年間のスタッフ看護師の経験を有する（必須） 2. 助産師あるいは公衆衛生看護師のいずれかの資格を有する（必須）。ただし母性分野で職務を行うものは助産師の資格は必須である 3. 関連する分野で3年間の就業を終了していることが望ましい 4. 報告・指導能力を有することが望ましい
シニア地域看護 主査／ 地域看護師長	NU04 F\$17,248 ～20,048 (1,115千円 ～1,296千円)	1. 関連する分野において2-3年間のNU05経験がある（必須） 2. 関連する分野の学位（degree）を有し、個別指導の能力があることが望ましい 3. 報告・指導能力を有することが望ましい

資料：保健省職員募集に関する資料

(2) 地域保健看護師の活動内容

フィジー看護学校等を卒業した看護師は病院、ヘルスセンター、看護ステーションのいずれかに配属されるが、臨床と地域保健活動の両方を経験することを奨励されている。都市部では常に定員を超える希望があり、一般的傾向として若い看護師は僻地に赴任し数年で配置変更が行われる。臨床と公衆衛生の間の人事異動サイクルは通常2～4年とされているが、地域保健看護師は特定の地域で長期間勤務を希望するケースもあり、1ヶ所への配属期間が長くなる傾向が見られる。

表 14 ヘルスセンターと看護ステーションの活動内容の違い

	ヘルスセンター	看護ステーション
診療圏人口	平均 5,000 人 (5～10 村)	平均 2,000 人 (僻地にある)
常駐 スタッフ	医師もしくはナースプラクティショナー、 地域看護師長 (スバ地区のみ)、地域保健 看護師	地域保健看護師 1 人のみ
診療内容	一次医療、歯科検診、母子保健サービス、 糖尿病検診等	一次医療 (ただし抗生剤の処方 はできない)、母子保健サービス等

注：中部地方でのヘルスセンター当たり診療人口は最少で2,987人、最大で57,708人と、実際はかなり格差がある。

地域保健看護師の業務は地域において一次保健医療サービスを提供することであり、主な活動は以下のものがあげられる。

- ・母子保健サービス
- ・予防接種
- ・健康教育
- ・家族計画
- ・学校保健
- ・精神障害者、ハンセン氏病患者、結核患者の在宅治療と訪問指導
- ・高齢者介護
- ・糖尿病、高血圧症など NCD のスクリーニング
- ・コミュニティヘルスワーカーの指導
- ・保健活動に関わる地域との調整

患者数の正確なデータはないが、1日10～20名程度の施設も多く、週に1回は担当の村を巡回診療する。看護ステーションで活動している看護師は日頃一人で活動しており、比較的若い看護師もいる。指導者は年に一度程度訪問を行っているが、この訪問は標準化されておらず、指導者の判断に任されている。月に1回は地区で働く看護師の連絡会があるとされているが全く開催されていない地区もあり差が見られる。看護ステーションの管理、コミュニティヘルスワーカーや住民の連携等の確認をするためにも訪問と指導内容を標準化することが必要である。

表 15 地方別保健医療施設数（2002年）

	中部	東部	西部	北部	合計
地方病院	1	0	1	1	3
専門病院	3	0	0	0	3
地区病院	4	4	5	3	16
エリア（地域）病院	1	2	1	1	5
総病床数	637	90	516	284	1,527
ヘルスセンター	19	12	26	18	75
看護ステーション	21	33	25	21	100
看護師*人当り人口	1394	347	1110	974	1039

注：ここでの看護師は臨床看護師も含む

出所：中部看護指導監より入手

表 16 中部の地区別人口・保健医療施設・保健医療従事者（2003年）

地区	人口	地区病院	エリア病院	ヘルスセンター	看護ステーション
Suva	186,308	1	0	7	4
Rewa	69,174	0	1	2	5
Tailevu	21,704	1	0	3	4
Naitasiri	22,692	1	0	3	5
Serua/Namosi	24,592	1	0	4	3
合計	324,470	4	1	19	21

出所：中東部地区保健局

3-1-3 看護師の人材育成制度

(1) フィジー看護学校

1) カリキュラム

フィジー国唯一の看護学校で1894年に英国人により設立された。現在の看護師養成カリキュラムは看護師養成コース（3年、留学生も含めた定員200名前後）のほか、卒後教育として公衆衛生看護師養成（6ヶ月）、看護管理（9ヶ月）、助産師養成（7ヶ月）、ナースプラクティショナー養成コース（1年）の3コースを設置している。看護師養成コースでは病院だけでなく、ヘルスセンターや看護ステーションで10週間の臨地実習を行っている。医師の絶対数不足に伴い、看護師単独で治療、出産介助、予防注射、クリニック、薬の処方、保健教育など幅広い活動が求められているため、そういった技能を身に付けられる看護教育を行っている。

現在、AusAIDの支援で看護基礎コースの新カリキュラム導入（3年制）および教員のキャパシティ・ビルディングが行われている。卒業後3年間勤務することを前提に学費・宿舍・食費はすべて免除である。

表17 フィジー看護学校のカリキュラム（2004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	110～200人	ディプロマ	2003年は200名の定員2004年から新カリキュラム導入
公衆衛生看護師	看護師登録後3年間勤務	6ヶ月	10～15人	修了証書	10週間はフィジカルアセスメントに関する講義・演習
登録助産師	看護師登録後5年間勤務	7ヶ月	25～40人	修了証書	
ナースプラクティショナー*	登録看護師または登録助産師	1年	10～12人	アドバンスディプロマ	1999年に設置、卒業後はヘルスセンターに勤務
看護管理		9ヶ月	25～35人	修了証書	週2回現任看護師対象に各地方と電話会議で講義実施

*：フィジー国におけるナースプラクティショナーは、医師不足に対する政策の一つとして、1999年から教育が開始された職種で、主な業務は外来患者の診療である

2) 卒後教育

6ヶ月程度の卒後専門課程（上記）は実施しているが、基礎強化の面が強く、地域保健看護師のための制度化された継続教育のシステムはない。看護管理コースは遠隔教育（週2回、各地方と電話会議）で実施されるので、仕事を長期間休まずとも参加できるが、設備の制限などにより受講可能者は限定される。

表18 中東部保健局における地域保健看護師対象の年間研修計画

研修テーマ	日数	対象人数
看護基準とその見直し	2	18
看護の指導	2	18
中堅看護師養成のためのプログラム管理・開発	3	20

医療・産科に関する緊急対応（点滴療法を含む）	na	20
子宮ガン検診トレーニング	3	20
IUD 挿入トレーニング	3	14
HIV/AIDS 感染コントロール	3	na
STI に関する症状管理	2	10

出所：中東部地方保健局

また各地方保健局で行っている研修は、表 18 に示したように、特定の保健課題（性感染症対策、産科ケア、予防接種など）を縦割りを実施するものがほとんどで、地域保健活動に必要な技能・知識を身に付け能力を向上させる機会は乏しいのが現状である。これら研修項目は保健省の 3 カ年戦略計画に沿ったものであり、保健省本部で計画・実施される。これ以外にも AusAID、WHO、UNICEF などの援助機関による研修も実施されている。

3-2 現状と課題の分析

3-2-1 看護師の離職状況

フィジー国では、特に医師の海外流出が顕著で、表 19 に示したように、臨床分野では医師の規定数 206 に対し、充足されているポストは 167 と全体の 2 割に当たる 39 のポストが空席となっている。医師不足が深刻なため、外国人医師を雇用しているほどであり、地区別では表 20 に見られるように、首都や観光地のある都市部には医師が多いが、島嶼部には極端に少ないという傾向が明らかである。そのため、僻地での保健医療活動を担う地域保健看護師の重要性が高くなっている。

看護師の海外流出も見受けられるが、その多くは需要の高い病院（臨床）看護師であり、本件で対象としている地域保健看護師で海外移住するケースはそれほど多くないと思われる。

表 19 臨床活動に従事する医師の規定数と充足数（2004 年）

	規定数	充足数
中東部	104	85
西部	66	54
北部	32	25
合計	206	167

出所：保健省

表 20 地方別保健医療従事者規定数（2004 年）

	中部	東部	西部	北部	合計
医師	157	10	126	49	342
歯科医	18	2	14	10	44
看護師*	680	中部に含む	437	244	1361
薬剤師	30	0	19	11	60
X 線技師	33	2	17	5	57
臨床検査技師	67	3	32	18	120
民間病院の医師	44	0	31	6	81

出所：保健省、Fiji College of General Practitioners

*民間病院に勤務する看護師は含まない

定員に関しては人事院が決定し、実質的な配置は各地方看護指導監の決定で行われる。ただし、人口や地域ニーズに応じた医師・看護師の配置計画というものは存在せず、地域ごとにどの程度不足しているのかは明らかでない。NCD など新たな保健課題に対処するために重要な地域保健看護師を確保し、地域保健活動を強化していくためにも、看護師の需給計画策定が求められる。

下表のデータによると、中東部における看護師の不足数が最も多くなっているが、これは島嶼部の東部の不足が大きいと思われる。中部のみでは、地域保健看護師の規定数 154 人に対し、不足数は 6 人（2004 年）となっている。

表 21 看護師（病院看護師含む）の規定数と充足数（2004 年）

	規定数	充足数	不足/過剰
CWM 病院	352	357	5 過剰
Lautoka 地方病院	200	187	13 不足
Labasa 地方病院	97	104	7 過剰
中東部地方保健局	321	279	42 不足
西部地方保健局	244	249	5 過剰
北部地方保健局	115	139	24 過剰
老人施設	8	4	4 不足

出所：中東部地方保健局

3-2-2 現任教育の必要性

地域保健看護師の活動における課題の一つは、地域住民への一次保健医療サービス提供と保健増進指導を一手に担わねばならないという業務の多様さにある。1 人の地域保健看護師が 10～20 村を担当し、ヘルスセンターでの外来診療、妊産婦検診、家族計画、予防接種だけでなく、訪問看護や巡回指導も行うなど、非常に多くの知識と技術が求められている。それに加え、人口動態、母性管理、乳幼児・小児管理、外来受診など 8 種類に及ぶ報告書類に定期的に記録しなければならず、こうした情報管理も大きな業務となっているが、収集された記録を分析する任務はなく、業務の運営・管理の能力について学ぶ機会は与えられていない。

地域保健看護師の活動の問題点をまとめると、以下の点があげられる：

- ・ 経験の少ない看護師が 1 人で看護ステーションで勤務しているケースがある
- ・ 記録すべき報告書が多く、情報管理技術を修得していないため、データ収集・解析が不十分になっている
- ・ 地方分権化により、地区レベルでも保健計画を策定するように指導されているが、看護指導者層・現場の看護師とも計画策定技法を十分に修得していない
- ・ 保健省が実施している集団研修では、地域保健活動のマネジメント向上に関するものは行われていない
- ・ 地区ごとに行われる月例会議の内容は、看護指導者に任されており必ずしも現場の地域保健看護師の能力向上のための場となっていない。月例会議を開催していない地区もある

現任教育とは、地域保健活動に従事する者が業務を遂行するために必要な能力を開発するために必要な教育である。地域保健活動は、従来から行われていた母子保健、感染症対策などに加え、健康づくりなど保健ニーズの変化に伴い活動も多様化している。フィジー国においても今後は住民ニーズに基づいた健康政策として展開していくために、地域のニーズを把握し事業を企画立案

し、活動の進行管理や評価まで行う能力が求められている。具体的に地域保健看護師に求められる専門能力は以下のとおりである。

- ・ 企画・立案能力
- ・ 情報収集・調査研究能力
- ・ 保健事業運営能力
- ・ 個人・家族に対する支援能力
- ・ 集団に対する支援能力
- ・ 疾患の集団発生に対応する能力
- ・ 関係機関との連携を通してサービス提供体制を構築する能力
- ・ 事業評価能力

また、こういった能力は、経験年数や職位によって、到達すべき能力レベルは異なるため、その過程を明確にする必要もある。

フィジー国においては、健康増進に関する地域保健活動を全保健職種および全行政・非行政組織で取り組む方針であるが、各職種の役割分担が明らかになっていない。地域保健看護師を対象とした PCM ワークショップの問題分析の議論でも、住民参加型の地域保健活動のための看護師の知識不足が主な問題点としてあげられた。現在の看護指導者世代は看護学校で地域開発手法を学んでおらず、経験はあっても知識として体系化して学んでいない事柄も多いため、後輩の看護師たちに十分な指導力を発揮しにくい。若手の看護師は必要な知識・技術は看護学校で学んでいるが、その実践や地域活動にあたっては未熟な部分も多く、周囲からの助言・指導が必要になる。看護指導者は地域保健看護師よりは研修の機会に恵まれているが、研修の多くはトップダウン型であり、地域保健活動推進のための総合的能力強化のための研修は実施されていないのが現状である。

3ヶ月に1回、地域看護師長と地区看護指導監による指導者会議が行われ、ヘルスセンター・看護ステーションに勤務する地域保健看護師を対象に地域看護師長のもと毎月連絡会が行われている。また、地区によっては指導者の指導能力・地域保健に関する知識が不十分であるために、地域保健看護師の技能も向上しないことが問題となっている。

4. プロジェクト戦略

4-1 プロジェクト戦略の概要

保健省では、AusAID の支援を受けて、地方分権化に向けた組織改編及び行政能力向上に取り組んでいる。本プロジェクトは、地域の最先端で活動する地域保健看護師の業務運営能力向上を支援することにより、フィジー国の地方分権化政策を草の根レベルから強化するものである。保健省では3ヶ年戦略の重要課題に人材育成を含めているが、本プロジェクトではそのうち地域保健看護師に焦点を絞って、能力向上のための支援を行う。地域保健看護師の役割の中でも特に重要である、住民のニーズや保健省における重要課題、活用可能な資源を考慮して保健活動を計画・管理する業務運営能力強化のための活動を行う。これらの支援により、最終的には保健省の使命（ミッション）である、質の高い保健サービスの提供を目指している。

本プロジェクトにおける現任教育とは、地域保健看護師が日々の業務で抱える問題・課題解決のための実践的技術を習得するための機会を、地区レベルで定期的に提供していくこと意味する。したがって、看護学校等で行われている基礎看護コース終了後の専門課程コースは含まない。

保健省における地域保健看護師の現任教育は、地方保健局が方針を作成し、地区医師長の監督のもとに地域看護師長が実施する責任を担っている。本プロジェクトはこれら指導者層の指導能力強化をとおして、地域保健看護師の業務遂行能力向上を行っていく。

地区における現任教育を実施・定着させるために必要な対策として、制度の設立（成果1）、指導者の能力強化（成果2）を行う。さらに現任教育の実施（成果3）の支援を通して指導者の実践能力強化を行い、指導者による現任教育が定着するように支援していく。さらに、プロジェクト終了後には本プロジェクトの成果をフィジー国独自で全国へ広めることを期待する。

4-2 プロジェクトの実施体制

4-2-1 プロジェクト実施ユニット

プロジェクト事務所は中東部地方保健局内に設けられ、本プロジェクトは中東部地方保健局によって実施される。実施にあたってはプロジェクト実施ユニット（Project Operation Unit）を形成して日々の活動を行う。本ユニットは以下によって構成される。

- ・プロジェクトマネージャー：中東部地方保健局長
- ・プロジェクトマネージャー補佐：中東部地方保健局 地域保健課長
- ・カウンターパート：中東部地方保健局 中部看護指導監
中東部地方保健局 地域保健主任
保健省看護薬剤課 全国看護指導監
- ・日本人専門家（チーフアドバイザー、プロジェクト調整員）

プロジェクト実施ユニットは合同調整委員会（JCC）の助言に従い、プロジェクト活動の計画、実施、モニタリング等の実施に責任を持つ。また、実施計画、進捗状況等の各種データを収集するとともに必要な書類を作成し、JCCに提出する。活動、成果、指標等プロジェクト計画を変更すべき事態が生じた場合は、JCCに申し出る。

また、プロジェクト実施ユニットは JICA がプロジェクト期間中に行う中間評価及び終了時評価に参加し、評価に必要な情報および資料を提供する。さらに、プロジェクトの成果の普及に備えてフィジー国の他地方へプロジェクトの進捗状況を周知していく。

4-2-2 合同調整委員会（JCC）

本プロジェクトにおける JCC は保健省事務次官を委員長とし、以下の委員からなる。

委員長：保健省次官（プロジェクトダイレクター）

委員：

- 【フィジー国側】 プロジェクトマネージャー（中東部地方保健局長）
プロジェクトマネージャー補佐（中東部地方保健局地域保健課長）
プロジェクトカウンターパート
（保健省看護薬剤課全国看護指監、中東部地方保健局地域保健主任、
中東部地方保健局中部看護指導監、）
保健省運営計画課長
同 看護薬剤課長
同 公衆衛生課長
同 保健事業開発課長
外務省
人事院
財政省
- 【日本側】 JICA フィジー事務所長
日本人長期専門家
- 【オブザーバー】 日本大使館代表者
その他委員長が認めた者

JCC はプロジェクトの方向性、技術的側面、保健省およびその他の団体の事業との調整に関する助言と指導を行う。年に1回または必要に応じてそれ以上に会議を行い、プロジェクトの進捗状況、実施状況を確認し、必要に応じてプロジェクトの方向性を修正する。委員会は必要に応じて他団体の関係者の出席を検討する。

5. プロジェクトの基本計画

5-1 プロジェクトの対象地区および対象者

本プロジェクトは中部地方全地区⁴を対象に行われる。プロジェクトの最終裨益者は中部地区の住民 325,000 人であり、直接裨益者は中部地方保健局の地域保健看護師⁵120 名とその指導者⁶21 名である（別添資料 6～7）。指導者のうち、看護職の 15 名はいずれもフィジー看護学校において登録看護師・公衆衛生看護コースを終了している。平均年齢は 50.9 歳であり、ほとんどが出身地で勤務しており家族とともに生活しているため定着率は高い。一方、地区医師長は 30 代がほとんどであり、臨床勤務を希望する場合も多いが公衆衛生に興味を持つ者も増えている。また、5 名の指導者が日本での研修を受講した経験があり、看護学校においても 3 名の教員が日本での研修を受講している。本プロジェクトでも研修で得られた知見や技術を活用していく（別添資料 8 参照）。各職位の業務内容とプロジェクトでの役割を表に示す。

表 22 地域保健看護師の指導者の職務とプロジェクトでの役割

	職務場所	職務	プロジェクトでの役割
地区医師長	地区病院	地区病院、ヘルスセンター、看護ステーションの運営	地域看護師長等が行う現任教育の計画策定を支援
地域看護師長	地区病院併設ヘルスセンター	地域保健看護師が行う業務を指導	現任教育の計画・実施
シニア地域看護主査	ヘルスセンター	医療区内の地域保健看護師の日々の業務の指導	地域看護師長の計画・実施を支援
地域看護主査	ヘルスセンター	同上	同上

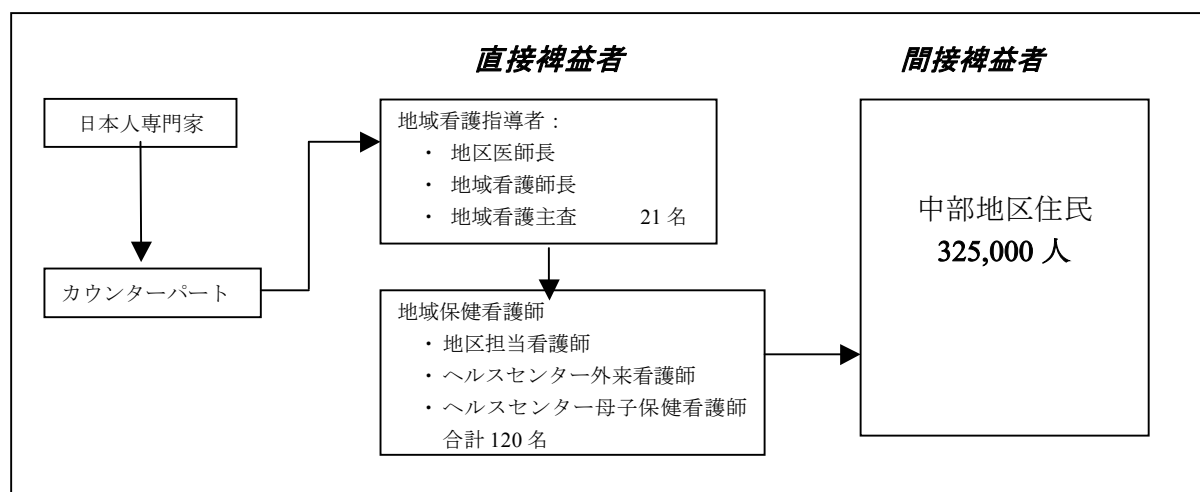


図 3 プロジェクトの技術移転と受益者の関係

⁴ Suva 地区, Rewa 地区, Tailevu 地区, Naitasiri 地区, Serua/Namosi 地区

⁵ 地域保健看護師の中には、地域保健を担当するゾーン看護師・ディストリクト看護師の他に、外来／特別外来看護師、母子保健看護師、家族計画看護師、学校保健看護師いるが、それらすべての地域保健看護師を対象として含める（別添資料 7 参照）。

⁶ 地域保健看護師の指導（監督）にあたる職位の医師・看護師で、具体的には地区医師長（5 名）、地域看護師長（5 名）、シニア地域看護主査（3 名）、地域看護主査（8 名）を指す（表 27 参照）。

5-2 プロジェクト目標 (別添資料9参照)

本プロジェクト終了時の目標およびその指標は以下である。

プロジェクト目標；
中部地方において地域保健看護師の業務管理能力が現任教育を通じて向上する

本プロジェクトは、地域のニーズや保健省における優先分野、活用できる資源を考慮しながら地域保健看護師自らが自己の活動に目標を定めて活動を管理する能力を地区における現任教育を通して強化することを目指す。地域保健看護師の活動の運営能力が向上することにより、現在保健省で主に行われている各公衆衛生プログラムのワークショップで得られた知識・技術を効果的に実践することで、上位目標である地域看護活動の改善に導くことができる。

本プロジェクト目標に係る指標は以下である。

- ・各地区および地域保健看護師が作成した年間報告書 (情報：プロジェクト報告書)
- ・中部地方における地区組織活動の活動数が増加する (情報：現地調査)

5-3 上位目標

本プロジェクトの上位目標は地域保健看護師の行う地域保健活動の質を改善させることである。具体的には、住民がより健康的な生活を選択するために必要な情報を提供するとともに住民自らが自主的に健康を増進させるために必要な支援を行うことである。

上位目標；中部地方において地域保健看護師の行う地域保健活動の質が改善される

本上位目標の指標は以下である。

- ・地域保健看護師の業務管理基準の評価点が向上する (情報：人事院業務管理基準評価票)
- ・住民の地域保健サービスに対する満足度が向上する (情報：インタビュー)

5-4 成果と活動

プロジェクト目標を達成するために4つの成果が掲げられる。第一に地域保健看護師とその指導者の任務が再認識される (成果1)。再認識された任務を基に、地域保健看護師が行う保健活動の運営能力を向上させるために必要な指導体制および指導者の技術の向上を行う (成果2)。成果2で強化された指導体制を基に、各地区で現任教育を実施することで、指導者の実践能力を向上させる (成果3)。成果1から3の活動はプロジェクト活動期間、繰り返し行い、システムとして定着させる。さらに、それらの活動の成果として確立された現任教育モデルを他地域に紹介していく (成果4)。

各成果および活動内容を以下に示す。

成果1；
地域保健看護師とその指導者 (地域看護師長、シニア地域看護主査、地域看護主査) の役割と機能が再定義される

成果1は、地域保健看護師の行うべき役割と機能を明確にし、他職位および他職種と共通の認識を持つことを目指している。地域保健看護師の指導者の役割はその部下である地域保健看護師と共有し、地域保健看護師に関する役割は地区内の他職種 (衛生検査士、栄養士) と共有する。明確化された役割に基づいて地域保健看護師に求められる能力基準表を経験階層別に分類して作成し、現在の業務内容の見直しおよび達成状況の評価を行う。業務の見直しによって、地域保健活動における地域保健看護師の業務内容もより明確化される。この業務基準の見直し及び地域保健看護師に求められる能力達成状況の評価は毎年定期的に行う。さらに地域保健看護師が業務を

行うために必要な情報である組織体制、各規定・規則、書類フォーマット、施設・物品管理等を具体的に示したハンドブックを作成し、配布する。

地域保健看護師に求められる能力基準表は、全国看護指導監及び地区医師長、地域看護師長の希望者／選抜者にて企画される。ハンドブックは、看護薬剤課補佐および地区医師長、地域看護師長の希望者／選抜者にて企画される。これらはプロジェクト開始年に作成し、使用状況を確認した後に3年目に改訂を行う。また、これらの企画にはプロジェクト対象外の地方看護指導監の参加も促していく。

成果1の活動は以下である。

成果1における活動；

- 1-1 地域保健看護師、地域看護主査の業務基準の見直しを行う
 - 1-1-1 地域看護師長及び地域看護主査の業務基準を見直し、改正する
 - 1-1-2 地域保健看護師の業務基準を改正する
 - 1-1-3 地区内の多職種に発表し、合意を得る
- 1-2 地域保健看護師に求められる経験年数別能力基準表（能力基準表）を作成する
 - 1-2-1 能力基準表作成タスクフォースを設置する
 - 1-2-2 能力基準表を作成する
 - 1-2-3 地域保健看護師に説明し、現状の能力を査定する
- 1-3 地域看護業務運営ハンドブックを作成し配布する
 - 1-3-1 ハンドブック作成タスクフォースを設置する
 - 1-3-2 ハンドブックを作成する

成果1の指標は以下のとおり。

- ・ 指導者の指導内容が具体化された業務基準の作成（情報：業務基準）
- ・ 地域保健看護師の業務内容が具体化された業務基準の作成（情報：業務基準）
- ・ 能力基準表を用いた地域保健看護師の技能評価の実施（情報：評価報告書／地区活動報告書）
- ・ 地域看護業務運営ハンドブック活用頻度（情報：アンケート）

成果2；地域保健看護師の指導者の現任教育についての知識が強化される

成果2は、地域保健看護師の集団・個別指導の実施に先立ち、指導に必要な基本的知識を習得させることを目指す。第一に各地区の地区医師長、地域看護師長、地域看護主査等からなる現任教育タスクフォースを設置する。タスクフォースが現任教育を計画・実施するために必要な基本的知識に関する指導者研修を行う。習得された知識を基に、タスクフォースが地域保健看護師の技術向上のニーズを分析し、地区現任教育の年間計画を作成する。

指導者研修の内容は、直ちに必要となる「現任教育の意義と方法」および「保健計画策定方法」をプロジェクト開始後早期に開催し、「カウンセリングスキル」「情報管理」「地域開発」は現任教育が開始された後に行っていく。段階的に行うことにより、より実践的な技術を効果的に習得できると思慮される。さらに2年目以降に必要に応じてリフレッシュ研修あるいは成果発表会を開催する。

成果2における活動

2-1 各地区に現任教育タスクフォースを設置する

2-1-1 タスクフォース基準を作成する

2-1-2 タスクフォース委員を選定する

2-2 地区の指導者研修を開催する

2-2-1 現任教育の意義と方法

2-2-2 コミュニケーション技法（カウンセリング、リーダーシップ、コーチング、プレゼンターシップ等）

2-2-3 保健計画、モニタリング、評価技法(参加型プロジェクト管理、プレシード・プロシードモデル等⁷)

2-2-4 情報管理（月間報告書・コミュニティプロフィール等の情報の分析方法）

2-2-5 地域開発（健康増進に関する地区組織活動を行うために必要な地域保健看護師の技能）

2-3 各地区の地域保健看護師の現任教育に関する優先分野を明確にする

2-4 各地区における地域保健看護師現任教育計画を作成する

成果2の指標は以下のとおり。

- ・ 開催された現任教育タスクフォースの回数と時期（情報：プロジェクト報告書）
- ・ 指導者研修への参加者の評価（満足度）（情報：アンケート）
- ・ 指導者研修の参加率（情報：参加者リスト）
- ・ 各地区における優先課題についての年次報告書と年間現任教育計画（情報：報告書とプロジェクト報告書）

成果3；地区における地域保健看護師の現任教育が機能する

本成果は、各地区における現任教育の実施を支援し、現任教育実施の仕組み（システム）を定着させることを目指す。各地区の現任教育タスクフォースは、月例連絡会で地域保健看護師が集合する機会を利用して、現任教育を実施する。

現任教育の第一段階では、地域保健看護師の業務計画作成と活動報告方法について見直しを行う。次に、地域での現状や政策等を考慮して、地域保健看護師が各自の業務計画を作成するための指導を行う。第三段階として、各地区の優先課題を取り上げ、それに対する現在の活動内容を分析し、改善策を検討する。これらのプロセスは、月例会議において繰り返し実施する。また、教材作成タスクフォースを結成し、現任教育に関する教材の作成を行う。

さらに、現任教育がシステムとして定着した段階において、地域保健看護師から、現任教育で得た知識・技能を地域で実践（適用）するための活動が提案された場合は、その計画・実施・評価まで一連の取り組みに対して支援を行う。

⁷ 計画手法はプロジェクト開始後に適応可能なモデルを選定する

成果3における活動

- 3-1 各地区のタスクフォースが地域保健看護師に現任教育を毎月実施する
 - 3-1-1 担当地区の活動計画（目標を含む）を作成する
 - 3-1-2 現状の問題を事例検討、ロールプレー等の方法を用いて議論する
 - 3-1-3 改善案の実施計画・結果に関して議論する
 - 3-1-4 各担当地区の活動報告書を作成する
- 3-2 現場での個人指導を行う
- 3-3 各地区の現任者教育のモニタリングを行う
 - 3-3-1 現任者教育の活動報告書を提出する
 - 3-3-2 タスクフォース四半期検討会を行う
 - 3-3-3 先駆的事例の現場見学を行う
- 3-4 現任者教育に関する教材を作成し、配布する
 - 3-4-1 教材作成タスクフォースを設置する
 - 3-4-2 教材を作成し、配布する

成果の指標は以下のとおり。

- ・ 現任教育の実施が明記された地区別年間保健計画（情報：地区保健年間計画とプロジェクト報告書）
- ・ 現任教育の実施回数、参加者数または参加率（情報：研修記録とプロジェクト報告書）
- ・ 指導者の看護ステーション訪問回数（情報：地区記録）
- ・ モニタリングの回数、時期（情報：プロジェクト報告書）
- ・ 配布教材の種類、数量（情報：プロジェクト報告書）

成果4；現任教育のプロジェクトモデルが他地方および他国に紹介される

本成果は、プロジェクトにより形成された現任教育モデルとその教訓をフィジー国内におけるプロジェクト対象外の地方およびフィジー国の周辺国へ紹介することである。現任教育モデルの具体的内容は地域看護業務基準、地域保健看護師に求められる能力基準表、ハンドブック、現任教育年間計画、現任教育に関する教材、現任教育で用いた事例、計画・実施・評価の事例が含まれる。プロジェクト開始2年後および3年後にプログレスレポートを作成し、関係者に配布し、学会等で発表を行う。プロジェクト終了時には、関係者を招聘してセミナーを行う。

成果4における活動

- 4-1 報告書を作成する
- 4-2 成果を学会等で発表する
- 4-3 プロジェクトモデルを広めるために地域、全国、大洋州の関係者を対象としたセミナー／ワークショップを開催する

成果の指標は以下のとおり。

- ・ プログレスレポートの発行回数（情報：プロジェクト報告書）
- ・ 学会等での発表数（情報：プロジェクト報告書）
- ・ セミナー／ワークショップの開催数、参加者数（情報：プロジェクト報告書）

5-5 投入

プロジェクトを実施するために必要なフィジー国側および日本側双方の投入を下記に示す。

表 23 日本側とフィジー国側の投入

フィジー国側からの投入	日本側からの投入
<p>人材 <u>合同調整委員会</u> 委員長：プロジェクトダイレクター 委員： <ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクトマネージャー ・プロジェクトマネージャー補佐 ・プロジェクトカウンターパート ・保健省運営計画課長 ・同看護薬剤課長 ・同公衆衛生課長 ・同保健事業開発課長 ・外務省 ・人事院 ・財政省 <u>プロジェクトマネージャー</u> 中東部地方保健局長 <u>プロジェクトマネージャー補佐</u> 中東部地方保健局地域保健課長 <u>カウンターパート</u> <ul style="list-style-type: none"> ・中東部地方保健局中部看護指導監 ・同地域保健主任 ・保健省看護薬剤課全国看護指導監 <u>その他</u> <ul style="list-style-type: none"> ・運転手 </p> <p>施設・資機材 以下の設備を備えた執務場所 <ul style="list-style-type: none"> - 机、椅子、棚 - ミーティング用机、椅子 - 電話線及び電話器 - 駐車スペース <u>研修施設</u> <ul style="list-style-type: none"> ・指導者研修のための研修施設 ・各種タスクフォースによる企画時の打ち合わせスペース ・各地区現任教育実施のための施設 <u>C/P および保健省スタッフの交通費</u> <ul style="list-style-type: none"> ・指導者研修のための交通費 ・各種タスクフォースによる企画時の打ち合わせ時に必要な交通費 ・各地区現任教育実施に関する参加者の交通費（日本側参加者を除く） </p> <p>その他 <ul style="list-style-type: none"> - 国内通話料 - 電気料 - 水道料 </p>	<p>人材 <u>合同調整委員会</u> <ul style="list-style-type: none"> ・JICA フィジー事務所長 <u>長期専門家</u> <ul style="list-style-type: none"> ・チーフアドバイザー／ヘルスプロモーション ・業務調整員 <u>短期専門家</u> <ul style="list-style-type: none"> ・現任教育計画 ・保健計画 ・地域開発 ・リーダーシップ ・情報管理 ・その他 </p> <p>資機材 <u>現任教育に関する資機材</u> <ul style="list-style-type: none"> - コピー機 - コンピューター - プリンター - マルティメディアプロジェクトター <u>移動手段</u> <ul style="list-style-type: none"> - 車両 </p> <p>研修 <ul style="list-style-type: none"> - 日本におけるカウンターパート研修 - フィジーにおける指導者研修およびセミナー </p>

5-6 外部条件とリスクの分析

重要な外部条件を下表に示す。プロジェクト期間中は下記事項のモニタリングを行い、プロジェクトの活動、成果に大きく影響する事態が生じた場合は、合同調整委員会によってプロジェクトの修正を行う。また、下記以外の不測の事態が生じた場合も同様である。

表 24 プロジェクトの各段階における外部条件とリスク分析

外部条件	リスクを回避するための手段
プロジェクト目標に関する外部条件 1. 地域保健看護師の労働条件が悪化しない	1. 地域保健における地域保健看護師の果たす役割の大きさを人事院が理解するような働きかけを行う。
活動における外部条件 1. 地域保健看護師の異動／退職率が現状のままに留まる	1. 異動に関してモニタリングをしていく。

5-7 前提条件

本プロジェクトは中部を対象に行われるが、プロジェクトで作成される現任教育モデルおよび成果を保健省によってプロジェクト非対象地方へ広めるためには、保健省本部および他地方保健局の関係者の積極的な参加が必要である。特に成果1の地域保健看護師に求められる能力基準、地域保健看護師ハンドブック作成における看護薬剤課との連携、成果3の現任教育実施における公衆衛生課との連携は重要である。

また、AusAID の行うフィジー保健セクター改善プログラム中の地域開発プロジェクトは医療区を単位として保健職種全体を対象としている。よって当プロジェクトとはアプローチが異なるものの、地域の最先端で活動する保健職種を対象とした地域保健分野の支援であるため、活動の重複を回避し、相乗効果が得られるように本プロジェクトの全期間にわたって密接に連絡を取りあっていく必要がある。

6. プロジェクトの実施妥当性

6-1 妥当性

6-1-1 案件内容の公共事業・ODA としての適格性

本件における技術移転対象者は地域保健看護師であり、最終的受益者は一般市民である。しかも、ある特定の階級、性別、職業、人種等に限られた市民ではない。地域保健サービスは、今後も民間セクターによって提供される可能性のきわめて低い分野である。以上から、本件は公共性が高く、ODA 対象案件として適格と言える。

6-1-2 我が国の援助政策との整合性

我が国は 2000 年に開催された第 2 回太平洋・島サミットで積極的な太平洋島嶼外交を展開していく方針を表明した。さらに第 3 回太平洋・島サミットでは、より豊かで安全な大洋州のための地域開発戦略を策定し、保健分野に関しては感染症、生活習慣病対策、予防接種の実施などについての支援を明記した。

6-1-3 相手国のニーズとの合致

フィジー国では医師不足が深刻なため、医師の少ない僻地においては看護師の役割が重要となっており、看護師の中でも生活習慣病の予防や健康教育など生活に根付いた保健活動を実施する地域保健看護師の重要性が増している。地域保健看護師の活動を強化するためにも、現任教育は重要であるが、基礎教育または卒業後教育において健康増進活動を行うために必要な知識・技能を十分に修得しておらず、保健省で行っている研修は臨床的課題に限定されているため、地域保健活動のマネジメント能力向上が求められている。「保健省国家戦略計画 2005-2008」の中でも、5 つの基本戦略の一つとして人材育成を掲げ、質の高い保健サービス供給のための人材育成強化策を提示しており、本件の活動内容はフィジー国政府のニーズとも一致している。

6-1-4 日本の技術の優位性

我が国では、看護師だけでなく医師、保健師、栄養士、作業療法士などすべての地域保健活動従事者を対象とした現任教育の実施が地域保健法で規定されており、各自治体において様々な研修が実施されている。また沖縄においては、保健所保健婦が地域に駐在し、生活に密着して保健婦活動を住民に展開する保健婦駐在制度など独自の地域保健活動を実施してきた経緯がある。具体的には沖縄県僻地特別対策として行われている現任教育で使用されている、年間計画作成方法、現任教育マニュアル、地域保健看護師に求められる能力基準表などをフィジー国の現状に合わせて改正して適用する。このように日本の経験を本プロジェクトに活用していくことで、プロジェクト目標の達成に大いに寄与できると考えられる。

6-2 有効性

6-2-1 計画の論理性

プロジェクトの計画の内容は、様々な調査結果を踏まえ、別添資料に示されるようなプロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM) で説明されている。プロジェクト目標である地域保健看護師の能力を向上させるために、①業務内容の見直しと確認、②指導者 (グループ) の設置、③研修実施とモニタリング、④成果の紹介という 4 つの成果が設定されている。これらの成果を達成するための活動は、投入とプロジェクト期間から無理のないように計画されている。

6-2-2 期間内の達成可能性

本件の実施機関である保健省中東部地方保健局では、既に様々な研修プログラムを実施している。本件の現任教育は各地区での地域保健看護師の月例会議の場を利用して実施され、新たなシステムを導入することはないため、同保健局には本件の目標達成のための能力が十分に備わっていると考えられる。また、地域保健看護の活動を休止して研修を受講するわけではないため、地域保健看護師からの参加も得やすい。

6-3 効率性

本件は人材育成に焦点が当てられており、大規模な機材購入、施設建設は伴わない。現任教育の実施場所は既存の保健施設であり、プロジェクト・チームの執務スペースは中東部地方保健局内に提供されることとなっている。日本側の専門家についても、長期専門家については現任教育全体の運営を計画・管理できる人材を充て、短期専門家は、長期専門家で対応できない専門的分野、特殊な分野について必要期間のみ投入する計画になっており、対象地域の裨益人口が比較的小規模であるのに合せた、適切な人数設定になっており、効率的な専門家配置となっている。

6-4 インパクト

6-4-1 社会・経済的インパクト

(1) 制度的インパクト

地域保健看護師を対象とした現任教育は現在フィジーで行われておらず、現任教育の導入による地域保健看護師の能力向上が実現されれば、地域保健活動の強化につながり、その効果は大きい。また本件により現任教育の必要性が広く認識され、評価が高まれば、他地区あるいは栄養士など他の地域保健活動従事者へも現任教育が実施されることが期待できる。

(2) 社会・文化的インパクト

- 1) 裨益集団の特徴：中部地方住民が最終受益者であり、人種ではインド系（32%）よりフィジー系（60%）住民の比率が高いが、特定の階層を対象としたものでなく一般市民を対象にしている。中部の特徴としては、教育レベルが高く、平均余命が長く高齢者比率が高い点あげられる。また北部などと比べ、ドナーによるプロジェクト実施の機会が少ない。
- 2) 裨益集団の規模：プロジェクト開始後3年間の最終受益者数は、325,000人。
- 3) 便益の内容：現任教育を受けた地域保健看護師によって、効果的な地域保健活動を受けることができる。

(3) 技術的インパクト

- 1) 技術移転対象者の数：地域看護指導者 21人、地域保健看護師 120人。
- 2) 技術移転の内容
 - ① 地域保健看護師の業務基準、経験年数別技能基準、地域看護オリエンテーションハンドブックの作成技能
 - ② 現任教育のための指導者研修方法
 - ③ 現任教育手法

(4) 経済的インパクト

プロジェクトの結果、地域保健看護師業務の運営が改善されることで、地域保健活動が強化されれば、対象地域における疾病予防に寄与し、国民医療費の増加を抑止するという意味で、経済的損失を防ぐ効果が期待できる。

6-4-2 負のインパクト

本件は人材育成に焦点が当てられており、大規模なインフラ建設は伴わず、環境面に悪影響を

及ぼすことはない。その他、貧富の差の助長、女性の権利の低下といった社会・文化面に悪影響を与えることもない。また現任教育を受けることによる看護師の海外流出に関しては、海外での需要が高いのは病院看護師であることから、懸念されるような事態にはならないと思われる。

6-5 自立発展性

6-5-1 組織能力

本件の実施機関は既存の組織であり、カウンターパートを中心として現場の看護指導者および地域保健看護師を指揮する系統は既に出来上がっている。本件実施中、また終了後においても、このような管理体系が維持できれば、組織能力の不足という理由で本件の進行が妨げられることはないと考える。

6-5-2 財政面

プロジェクト終了後も先方機関が円滑に活動を続行できるための予算を確保できるかについては、2004年12月現在、明確な予測ができるだけの情報はないが、現任教育の継続のための費用はそれほど多額ではないため、大きな負担にはならないと推測される。

6-5-3 社会的・技術的受容性

本件は地域保健活動の強化を上位目標としており、本プロジェクトにより地域住民への保健サービスが将来的に改善されるため、社会的に十分に受け入れられるものと思われる。またカウンターパートの1人は既に沖縄でのJICA 島嶼地域保健行政研修コースに参加し、日本の経験を学んでおり、その他の看護指導者についても既存の技術・専門知識を本件に十分活用できると考える。

6-6 結論

上記評価5項目の観点から判断すると、予測不能な要因は何点かあるものの、実施を妨げるような絶対的な理由はないと考える。本件終了後の上位目標の効果が効率よく現れるためには、現任教育を受けた直接裨益者が意欲的な地域看護活動をすることが必要である。より協力的な活動を継続するためのインセンティブづくりが制度的に行われることが望ましい。

7. モニタリングと評価

モニタリングは、プロジェクトの運営・管理に携わるスタッフと日本人専門家によって、活動計画表（Plan of Operation）に照らした活動の進捗状況や各種レポートの提出状況の確認等を通じて定期的に行われ、実施上の障害要因への対応や活動計画の修正が行われる。プロジェクトの評価は、中間、終了時の2回、評価5項目に基づいて、実施者以外の日本、フィジー両国の評価者によって行う。

- ・ 中間時評価 2006年9月
- ・ 終了時評価 2007年9月

別 添 資 料

1. プロジェクト・デザイン・マトリックス
2. 活動計画表
3. 保健省組織図
4. 中東部地方保健局組織図
5. プロジェクト実施体系図
6. 中部地方における地域保健看護師の指導職者の概要
7. 中部地方における地域看護師数と所属先
8. 現任教育の方法と概要
9. プロジェクト活動概念図

別添資料1. プロジェクト・デザイン・マトリックス

プロジェクト名：フィジー地域保健看護師現任教育プロジェクト

協力期間：2005年4月～2008年3月

実施機関：[S1]JICA、フィジー中東部地方保健局

対象地域：中部地方

対象者：グループ1) 地域保健看護師の指導者（地区医師長、地域看護師長、シニア地域看護主査、看護主査） ターゲット2) 地域保健看護師

プロジェクトの要約	指標	入手手段	外的要因
上位目標			
中部地方において地域保健看護師の行う地域保健活動の質が改善される	<ul style="list-style-type: none"> 地域保健看護師の業務管理基準の評価点 住民の地域保健サービスに対する満足度が向上する 	<ul style="list-style-type: none"> 人事院業務管理基準評価票 インタビュー 	
プロジェクト目標			
中部地方において地域保健看護師の業務管理能力が現任教育を通じて向上する	<ul style="list-style-type: none"> 各地区および地域保健看護師が作成した年間報告書 中部地方における地区組織活動の活動数が増加する 	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト報告書 現地調査 	<ul style="list-style-type: none"> 地域保健看護師の労働条件が悪化しない
成果			
1. 地域保健看護師の役割と機能が再定義される	成果1 <ul style="list-style-type: none"> 指導者の指導内容が具体化された業務基準の作成 地域保健看護師の業務内容が具体化された業務基準の作成 能力基準表を用いた地域保健看護師の技能評価の実施 地域看護業務運営ハンドブック活用頻度 	成果1 <ul style="list-style-type: none"> 業務基準 業務基準 評価報告書/地区活動報告書 アンケート 	
2. 地域保健看護師の指導者の現任教育についての知識が強化される	成果2 <ul style="list-style-type: none"> 開催された現任教育タスクフォースの回数と時期 指導者研修への参加者の評価（満足度） 指導者研修の参加率 各地区における優先課題についての年次報告書と年間現任教育計画（駐東部地方保健局への提出） 	成果2 <ul style="list-style-type: none"> プロジェクト報告書 アンケート 参加者リスト 報告書/プロジェクト報告書 	
3. 各地区において、地域保健看護師を対象とした現任教育が機能する	成果3 <ul style="list-style-type: none"> 現任教育の実施が明記された地区別年間保健計画 <ul style="list-style-type: none"> 現任教育の実施回数と参加者数または参加率 指導者の看護ステーション訪問回数 モニタリングの回数、時期 配布教材の種類、数量 	成果3 <ul style="list-style-type: none"> 地区別年間計画/プロジェクト報告書 研修記録/プロジェクト報告書 地区記録 プロジェクト報告書 プロジェクト報告書 	
4. 現任教育のプロジェクトモデルが他地方および他国に紹介される	成果4 <ul style="list-style-type: none"> プログレスレポートの発行回数 学会等での発表数 セミナー/ワークショップの開催数、参加者数 	成果4 <ul style="list-style-type: none"> プロジェクト報告書 プロジェクト報告書 プロジェクト報告書 	
活動			
0-1 プロジェクト実施ユニットを結成する。			
0-2 プロジェクトについての指導者打合せを行う			

<p>成果1</p> <p>1-1 地域保健看護師、地域看護主査、シニア地域看護主査、地域看護師長の業務基準を見直す</p> <p>1-1-1 地域看護師長及び（シニア）地域看護主査の業務基準を見直し、改正する</p> <p>1-1-2 地域保健看護師の業務基準を改正する</p> <p>1-1-3 地区内の多職種に発表する</p> <p>1-2 地域保健看護師に求められる経験年数別能力基準表（能力基準表）を作成する</p> <p>1-2-1 能力基準表作成タスクフォースを設置する</p> <p>1-2-2 能力基準表を作成する</p> <p>1-2-3 地域保健看護師に説明し、現状の能力を査定する</p> <p>1-3 地域看護業務運営ハンドブック（ハンドブック）を作成し配布する</p> <p>1-3-1 ハンドブック作成タスクフォースを設置する</p> <p>1-3-2 ハンドブックを作成する</p>	<p style="text-align: center;">投入</p> <p>【日本側】</p> <p>人材</p> <p>長期専門家 ・ヘルプ モーション 36M/M ・業務調整員 36M/M</p> <p>短期専門家 ・現任教育計画 ・保健計画 ・地域開発 ・リーダーシップ ・情報管理 ・その他</p> <p>機材</p> <p>・現任教育に関する資器材 - コピー機 - コンピューター - プリンター - マルティメディアプロジェクター</p> <p>・車両</p>	<p>【フィジー側】</p> <p>人材</p> <p>・プロジェクトマネージャー ・プロジェクトマネージャー補佐 ・カウンターパート ・運転手</p> <p>施設</p> <p>・執務場所（事務用品等含む） ・研修施設</p> <p>ローカルコスト</p> <p>・スタッフ交通費 ・光熱費</p>
<p>成果2</p> <p>2-1 各地区に現任教育タスクフォースを設置する</p> <p>2-1-1 タスクフォース基準を作成する</p> <p>2-1-2 タスクフォース委員を選定する</p> <p>2-2 地区の指導者研修を開催する</p> <p>2-2-1 現任教育の意義と方法</p> <p>2-2-2 コミュニケーション技法（カンセリング、リーダシップ、コーチング、プレゼンテーション等）</p> <p>2-2-3 保健計画、モニタリング、評価技法（参加型プロジェクト管理、プレント・プロジェクトモデル等）</p> <p>2-2-4 情報管理（月間報告書・コミュニティプロフィール等の情報の分析方法）</p> <p>2-2-5 地域開発（健康増進に関する地区組織活動を行うために必要な地域保健看護師の技能）</p> <p>2-3 各地区の地域保健看護師の現任教育に関する優先分野を明確にする</p> <p>2-4 各地区における地域保健看護師現任教育計画を作成する</p>		<p>前提条件</p> <p>・保健省内の他部署（6 部署）が、プロジェクトの要請に応じてリソースを提供する。</p> <p>・他ドナーとの連携について協議される。</p>
<p>成果3</p> <p>3-1 各地区のタスクフォースが地域保健看護師に現任教育を定期的実施する</p> <p>3-1-1 担当地区の活動計画及びその指標を作成する</p> <p>3-1-2 現状の問題を事例検討、ロールプレー等の方法を用いて議論する</p> <p>3-1-3 改善案の実施計画・結果に関して議論する</p> <p>3-1-4 各担当地区の活動報告書を作成する</p> <p>3-2 個別指導を行う</p> <p>3-3 各地区の現任教育のモニタリングを行う</p> <p>3-3-1 現任教育の活動報告書を提出する</p> <p>3-3-2 タスクフォース検討会を定期的に行う</p> <p>3-3-3 先駆的事例の現場見学を行う</p> <p>3-4 現任者教育に関する教材を作成し、配布する</p> <p>3-4-1 教材作成タスクフォースを設置する</p> <p>3-4-2 教材を作成し、配布する</p>		
<p>成果4</p> <p>4-1 報告書を作成する</p> <p>4-2 成果を学会等で発表する</p> <p>4-3 プロジェクトモデルを広めるために地域、全国、大洋州の関係者を対象としたセミナー／ワークショップを開催する</p>		

¹ 計画手法はプロジェクト開始後に適応可能なモデルを選定する

² 計画手法はプロジェクト開始後に適応可能なモデルを選定する

別添資料2. プロジェクト名:フィジー地域保健看護師現任教育プロジェクト

対象地域:中部地方

Version:08/02/2005

対象者:グループ1)地域保健看護師の指導者(地|Target Group: 1. Supervisors of Community Health Nurses*¹ 2. Community Health Nurses²

成果1. 地域保健看護師とその指導者(地域看護師長、シニア地域看護主査、地域看護主査)の役割と機能が再定義される

ACTIVITIES	Timeframe, Meeting site	05				06				07				08			Person in charge	Implementer	Materials	cost Fiji, Japan			
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6					7	8	9
1-1 地域保健看護師、地域看護主査の業務基準の見直しを地区内の保健職種と合同で行う																							
1-1-1 地域看護師長及び地域看護主査の業務基準を見直し、改正する	1-1-1 SDHS, HS: 1day in Mar 05, February 06,07@Suva																			MNS	SDHS, HS	PC, Projector, OHC	transportation, meeting room, PC, Projector, OHC,
1-1-2 地域保健看護師の業務基準を改正する	1-1-2 Each SD: 1day in Aug 05, Mar 06,07@each SD																			MNS	SDHS, HS	ditto	transportation, PC@each SD,
1-1-3 地区内の多職種に発表し、合意を得る	1-1-3. Each SD: 1day in Sep 05, April, 06,07																			SDMO	SDHS, HS	ditto	transportation
1-2 地域保健看護師に求められる経験年数別能力基準表(能力基準表)を作成する																							
1-2-1 能力基準表作成タスクフォースを設置する	1-2-1.& 1-2-2. CRS Task Force: 2 day / May 05, 1day June 07@Suva																			NNA	MNS	none	none
1-2-2 能力基準表を作成する																				NNA	CRS Task	PC, Projector, OHC, CRS in Okinawa	transportation, meeting room, printing cost
1-2-3 地域保健看護師に説明し、現状の能力を査定する	1-2-3. Each SD: 1day / Aug 05,07@each SD																			CMR Task	SDMO/SDHS	PC, Projector, OHC, CRS	transportation, meeting room@each SD
1-3 地域看護業務運営ハンドブック(ハンドブック)を作成し配布する																							
1-3-1 ハンドブック作成タスクフォースを設置する	1-3-1.& 1-3-2.handbook Task Force: 2 day / June 05, 1day June 07@Suva																			HSS	HSS/MNS	none	none
1-3-2 ハンドブックを作成する																				HSS	Handbook Task	Orientation Manual, Manual on Met. of	transportation ^{*3} , meeting room, printing cost

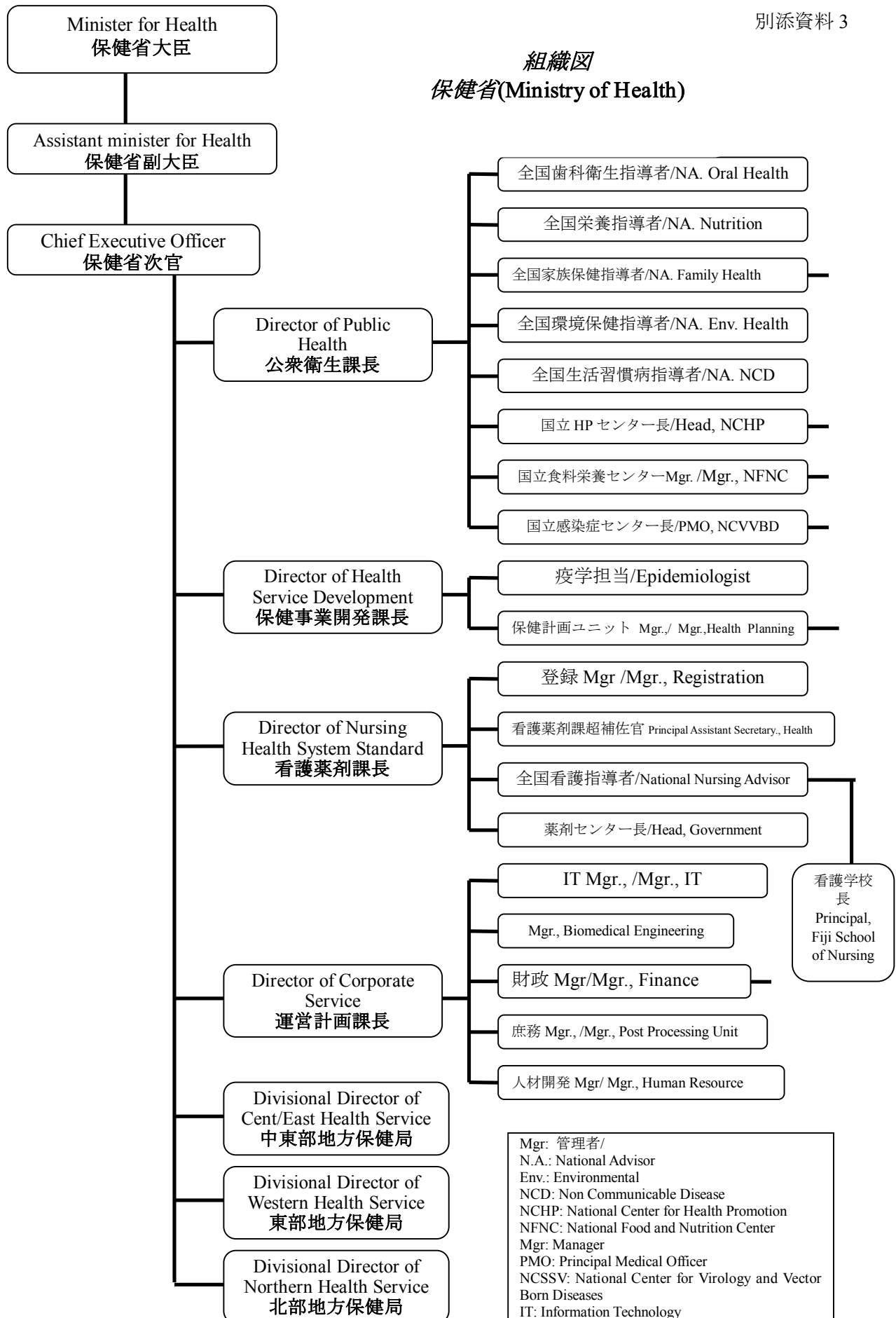
成果2. 地域保健看護師の指導者の指導能力を強化する

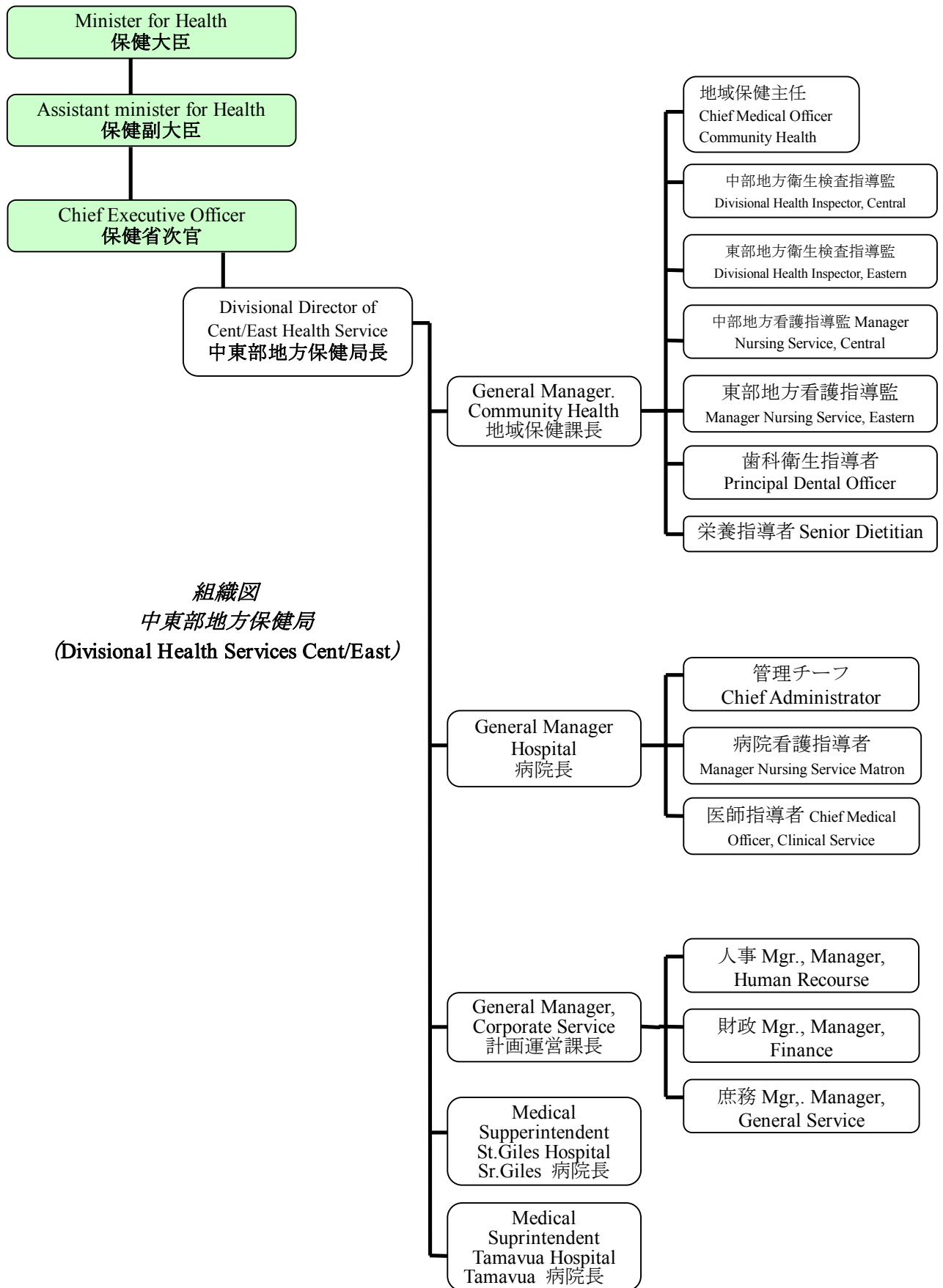
ACTIVITIES	Timeframe, Meeting site	06												07												08		Person in charge	Implementer	Materials	cost Fiji, Japan
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2							
2-1 各地区に現任教育タスクフォースを設置する																															
2-1-1 タスクフォース基準を	2-1-1. May 2005			■																			■	GMCH	CMO	none	none				
2-1-2 タクスフォース委員を選定する	2-1-1. May 2005						■																		GMCH	CMO	none	none			
2-2地区の指導者研修を開催する																															
2-2-1 現任教育の意義と方	2-2-1.& 2-2-2.: 3-5 days / July 05, 1 day / March 06, 07			■																					GMCH	CMO	PC, Projector	transportation, meeting room,			
2-2-2 コミュニケーション技法(カウンセリング、リーダーシップ、コーチング、プレゼンターシップ等)	2-2-3. 2day .Aug 2-2-3, 2-2-4: 2 day / Jan.,06								■														■	GMCH	CMO	PC, Projector, OHC	transportation, meeting room, lecturer				
2-2-3 保健計画、モニタリング、評価技法(参加型プロジェクト管理、プレシード・プロシードモデル等)	2-2-5: 2 days /Mar 06、May 07																								GMCH	CMO	PC, Projector, OHC	transportation, meeting room, lecturer			
2-2-4 情報管理(月間報告書・コミュニティファイル等の情報の分析方法)										■														■	GMCH	CMO	PC, Projector, OHC	transportation, meeting room, lecturer			
2-2-5.地域開発(健康増進に関する地区組織活動を行うために必要な地域保健看護師の技能)																									GMCH	CMO	PC, Projector, OHC	transportation, meeting room, lecturer			
2-3 各地区の地域保健看護師の現任教育に関する優先分野を明確にする	2-3. 2days Sep,06,07,08				■																				CMO	T-task	PC, Projector, OHC, white board	transportation, meeting room, lecturer			
2-4 各地区における地域保健看護師現任教育計画を作成する	2-4. 2 days, Sep,06,07,08																								CMO	T-task	PC, Projector, OHC	transportation, meeting room, lecturer, printing cost			

成果3. 地区における地域保健看護師の現任教育が機能する

ACTIVITIES	Timeframe, Meeting site	06												07												08		Person in charge	Implementer	Materials	cost Fiji, Japan
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2							
3-1 各地区のタスクフォースが地域保健看護師に現任教育を毎月実施する																															
3-1-1 担当地区の活動計画	1day/month@ each SD from December 05	—————												—————														SDMO	SDHS/HS	PC, Projector	transportation, meeting
3-1-2 現状の問題を事例検討、ロールプレー等の方法を用いて議論する														—————														SDMO	SDHS/HS		ditto
3-1-3 改善案の実施計画・結果に関して議論する																										—————		SDMO	SDHS/HS		cost for implementati on
3-1-4 各担当地区の活動報告書を作成する																										———		SDMO	SDHS/HS		transportation, meeting room@each
3-2 現場での個人指導を行う	From December 2005	—————												—————														SDMO	SDHS/HS		transportation,
3-3 各地区の現任者教育のモニタリングを行う																															
3-3-1 現任者教育の活動報告書を提出する		—————												—————															T-task	photocopy	none
3-3-2. タスクフォース四半期検討会を行う	1day/4month@ Suva from April 06													———												———		GMCH	CMO/MNS	PC, Projector, OHC	transportation, meeting room
3-3-3. 先駆的事例の現場見学を行う	1day ,Jun 06,07													———												———		GMCH	CMO/MNS		transportation , Accommodati
3-4 現任者教育に関する教材を作成し、配布する																															
3-4-1 教材作成タスクフォースを設置する	Jun 07													———														CMO/MNS	CMO/MNS	none	none
3-4-2 教材を作成し、配布する	Jun 07 (tentative)													—————														CMO/MNS	M-Task	PC, Projector, OHC	transportation, meeting room, lecturer, printing cost

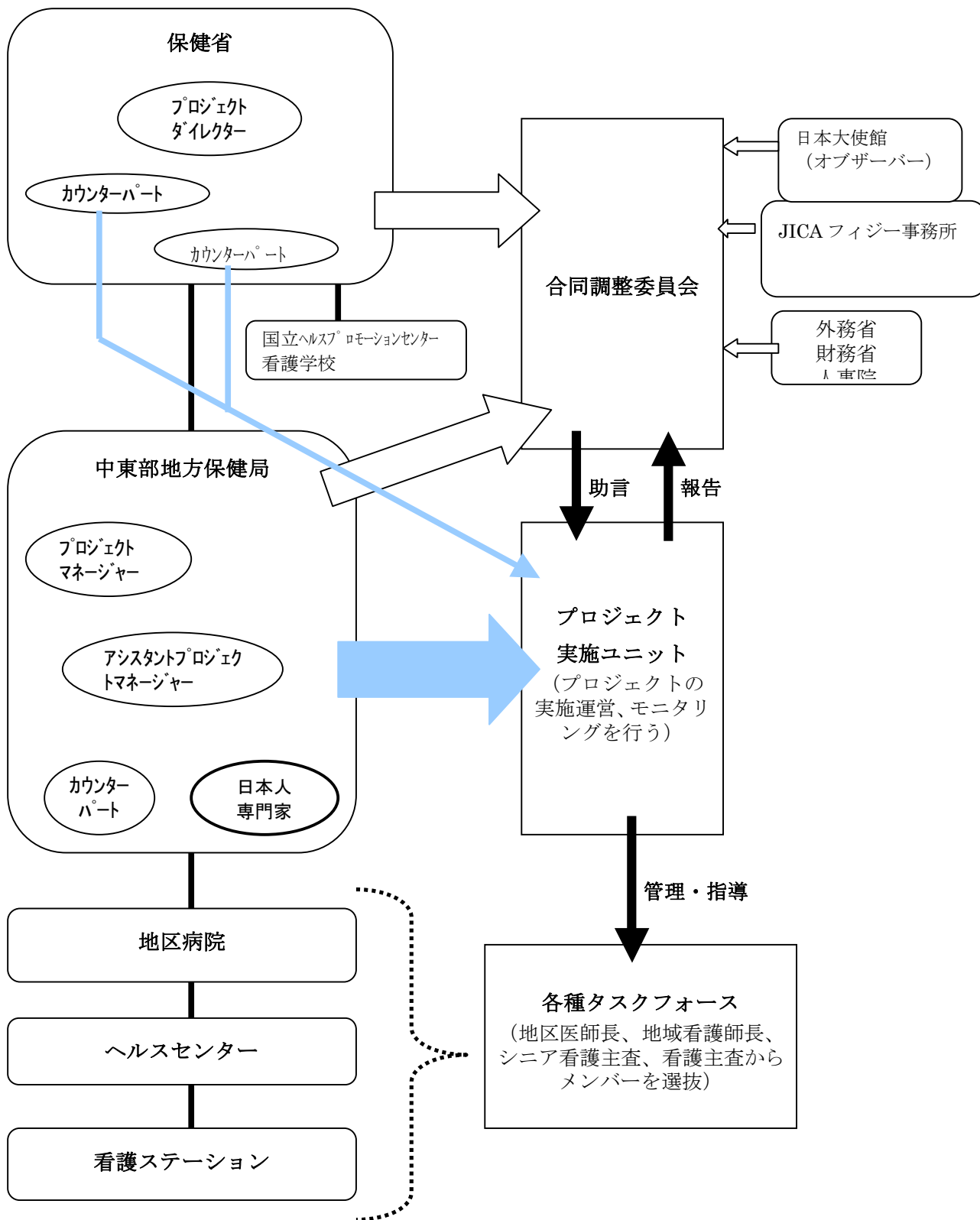
組織図
保健省(Ministry of Health)





組織図
中東部地方保健局
(Divisional Health Services Cent/East)

プロジェクト実施体系図



中部地方における地域保健看護師の指導職者の概要（2004年11月現在）

所属地区	職位	名前	年齢	資格（看護師のみ） ¹					備考
				RN/ FRN	PH	MID	Mgt	BA	
Suva SD	地区医師長	Solo Qaranivalu							H15 生活習慣病コース
Suva SD	地域看護師長	Temalesi Vakataga	58	X	X	X			
Suva SD MCH クリニック	シニア地域看護主査	Penina Druavesi	39	X	X	X	X		H16 地域保健行政コース
Suva SD 学校保健	学校看護主査	Meredani Serukalou		X	X	X	X		定年退職後再雇用
Suva SD Lami 医療区	シニア地域看護主査	Ilisapeci Vusikata	45	X	X	X	X	X	
Suva SD Samabula 医療区	地域看護主査	Temalesi Cocker	54	X	X				
Suva SD Raiwaqa 医療区	地域看護主査	Moate Umu	53	X	X	X			
Suva SD Nuffield 医療区	地域看護主査	Talatoka Tamani	45	X	X				フィジー医学校公衆衛生コース受講中
Suva SD Valelevu 医療区	シニア地域看護主査	Elenoa Gonelevu	51	X	X	X	X	X	
Suva SD Valelevu 医療区	地域看護主査	Miriama Seru	55	X	X				
Rewa SD	地区医師長	Samuela Kalawaidoko							
Rewa SD	地域保健師長	Asinate Lomanivere	54	X	X	X	X		
Rewa SD	地域看護主査	Sharda Segran	57	X	X				
Tailevu SD	地区医師長	Susana Nakalevu							H16 地域保健行政コース
Tailevu SD	地域保健師長	Sera Sogaitu	53	X	X	X	X		
Tailevu SD	地域看護主査	Asenaca Heritage	46	X	X	X			H14 看護管理コース
Naitasiri SD	地区医師長	Eliki Nanovu							
Naitasiri SD	地域保健師長	Elesi Gaunidali	54	X	X	X	X		
Naitasiri SD	地域看護主査	欠員							
Serua Namosi SD	地区医師長	Tiko Kositino							
Serua Namosi SD	地域保健師長	Isoa Cavlevu	46	X	X	X	X		H16 地域保健行政コース
Serua Namosi SD	地域看護主査	Aloesi Qadriu	54	X	X	X			

¹ SDMO:5名/SDHS:5名/シニア地域看護主査:3名/地域看護主査:9名(欠員1名と学校看護主査1名含む)

FRN:1978以前のフィジー看護師資格

MID:助産師コース

RN:登録看護師コース

Mgt:看護管理コース

PH:公衆衛生看護コース

Ba:看護学士コース

中部地方における地域看護師数と所属先

SD 名	医療エリア名	職位						合計
		ディストリ クト 看護師	ゾーン 看護師	外来 看護師	母子 保健 看護師	家族 計画 看護師	学校 保健 看護師 ²	
Suva SD 55 名	Suva Health Office		3	4	1	1	4	13
	Lami 医療エリア	1	2	2	0	0	0	5
	Samabula 医療エリア	0	2	1	1	0	0	4
	Raiwaqa 医療エリア	0	4	3	1	1	0	9
	Nuffield/Nabua 医療エリア	0	5	2	1	0	0	8
	Valelevu 医療エリア	0	8	6	1	1	0	16
Rewa SD 16 名	Nausuri 医療エリア	3	7	(10) ³	2	1	2	15
	Makoi 医療エリア	0	3	1	0	0	0	4
	Wainibokasi 医療エリア	1	3	3	0	0	0	7
Tailevu SD 13 名	Korobou 医療エリア	1	2	3	1	0	0	7
	Nayuvu 医療エリア		2	0	0	0	0	2
	Lodoni 医療エリア	1	2	1	0	0	0	4
Naitasiri SD 12 名	Vunidawa 医療エリア	1	1	0	1	0	0	3
	Laselevu 医療エリア	4		1	0	0	0	5
	Nawali 医療エリア	1	2	1	0	0	0	4
Serua/ Namosi SD 14 名	Nabua 医療エリア	0	3	3	1	0	1	8
	Korovisilou 医療エリア	2	0	0	0	0	0	2
	Baqa 医療エリア	0	1	1	0	0	0	2
	Namuamua 医療エリア	2		0	0	0	0	2
合計		17	50	32	10	4	7	120

² Suva 地区および Rewa 地区、Serua/namosi 地区[0]は比較的人口が多いことから、学校保健に関しては専任の学校保健看護師が配置され、任務に当たっている。

³ Rewa 地区は比較的人口が多いため地域看護師長とは別に外来看護の指導担当があり、連絡会等も別に行われている。また、外来看護師と地区担当看護師（ディストリクト看護師・ゾーン看護師）と連携して業務を行っておらず、外来看護師が地区担当看護師の行う活動を支援する体制にはなっていないために Rewa 地区の外来看護師はプロジェクトの対象としない。

現任教育の方法と概要

方法	解説	活用方法と効果
ワークショップ	テーマを決めて一定期間で担当者や専門家を交えて共通化に向かいプロセスによる課題解決の方法を議論する。例) マニュアルの作成や業務方法の検討等	<ul style="list-style-type: none"> ・理論と実践を結びつける手段 ・主体的な課題解決 ・新任期の能動的な仲間づくり
ケースメソッド	インストラクターの適切な導きのもとでケースの主たる論点を議論・分析しながら議論の論点を構築した上で集団の討論に参加し多様な対応策を考え出す。課題解決能力養成のための実践的学問教育法	<ul style="list-style-type: none"> ・多様な事象への速やかな対応能力 ・意思決定能力の養成 ・仮説やモデルを検証する手段
シミュレーション	最終結果が説明可能で明快な決定を下すための模倣的訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・実際の事例や危機的な状況に対面したときの戸惑いを軽減
ロールプレー	即興形式で与えられた状況下で役割を演じることで相手に共感し、与えられた状況の中で打開策を講じる	<ul style="list-style-type: none"> ・共感的な事例の理解から相手の立場にたった支援の方法を考えることが可能な技術の習得
ディベート	あるひとつの論題に対して肯定側と否定側の 2 チームにランダムに分かれ、ルールに基づいて議論を行い、審判により判定が下される議論・弁論術	<ul style="list-style-type: none"> ・理論的思考力、聴講する力、情報収集と分析力、試行伝達や説明能力の向上
プロジェクト方式	特定の課題に対し、組織を超えた職員が協働で課題解決にあたる業務遂行方法	<ul style="list-style-type: none"> ・他職種による共同作業で課題解決に当たることが可能
プリセプターシップ	初任者にとって、身近な先輩が指導者として初任者とペアを組み、一定期間内に指導目標が達成できるよう段階的育成計画を作成し、日常業務を通したマンツーマン指導の方式	<ul style="list-style-type: none"> ・初任者教育
スーパーバイザー方式	部署をまたがって特定の研修を終了したものが特定の職員の指導を行うシステム	<ul style="list-style-type: none"> ・少人数配置の専門職に対する部署を超えた指導体制が可能

資料：地域保健従事者の資質の向上に関する検討会他編「地域保健を支える人材の育成」中央法規 P26

プロジェクトの戦略～活動から最終目標までの関係図

