

課題別指針
看護教育

平成17年11月
(2005年)

独立行政法人 国際協力機構
人間開発部

人間
J R
05-63

課題別指針
看護教育

平成 17 年 11 月
(2005 年)

独立行政法人 国際協力機構
人間開発部

はじめに

このJICA看護教育課題別指針は、看護教育に関する主な概況や援助動向、アプローチや手法を整理したうえで、JICA事業による協力の方向性や留意点を示したJICAの資料です。これにより、JICAが関係者間で看護教育に関する基本的な情報・知識の共有を図るとともに、JICA事業計画の企画・立案及び案件の審査や実施の際の参考としています。

また、この課題別指針を、JICAナレッジサイト等を通じて外部に公開することにより、広く一般の方々にもこれらJICAの看護教育に対する基本的な考え方を知っていただきたいと考えています。

平成 17 年 11 月

目 次

はじめに	
体系図について	i
看護教育開発課題体系全体図	iii
概 観	v
第1章 看護分野及び看護教育の概況	1
1-1 看護分野及び看護教育の現状	1
1-2 「看護職」の定義	2
1-3 看護教育の定義	3
1-4 日本の看護教育制度	4
1-5 国際的援助動向	8
1-6 我が国の援助状況	10
第2章 看護教育に対する効果的アプローチ	13
2-1 看護教育の目的	13
2-2 看護教育に対する効果的アプローチ	14
第3章 JICAの協力の方向性	31
3-1 JICAが重点とすべき取り組みと留意点	31
3-2 今後の検討課題	34
付録1. 主な協力事例	39
付録2. 主要ドナーの看護教育に関する取り組み	69
付録3. 基本チェック項目	77
付録4. 地域別の看護教育の現状と優先課題	81
引用・参考文献・WEBサイト	87
巻末資料 用語・略語解説	91

体系図について

本課題別指針では、下記のような開発課題体系図を作成した。

開発課題体系図の例（情報通信技術の例）

開発戦略目標	中間目標	中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例
1. IT政策策定能力の向上	1-1 電気通信政策の確立	競争原理の投入	◎外資導入政策の策定支援 △民間投資の促進政策支援 ×参入規制の緩和支援 ○競争市場の形成支援
① IT国家戦略の策定	① サービス加入者数 ② 電気通信産業の規模 ③ 自由化の進展度	① 新規参入事業者数 ② 電気通信産業規模 ③ 通信サービス価格	

主な指標

*①～③は主要な指標

*「プロジェクト活動の例」の◎、△等のマークはJICAの取り組み状況を表すもの。

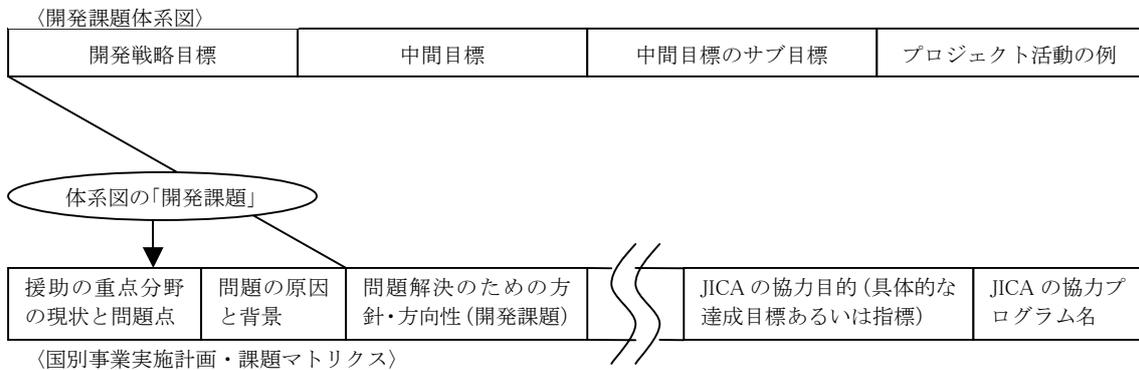
◎（多く取り組んでいる）、○（いくつかの協力事例はある）、△（プロジェクト活動の一部として実施している例がある）、×（ほとんど取り組みがない）

上図の「開発戦略目標」「中間目標」「中間目標のサブ目標」は、各開発課題を分類したものである。

開発課題体系図は、課題の全体像を示すために開発戦略目標及び中間目標をまとめたものと、各戦略目標別にプロジェクト活動の例まで盛り込んだものを本文中の該当個所に入れた。また、開発戦略目標からプロジェクト活動の例まですべてを網羅した全体図を次頁に掲載している。

なお、開発課題体系図と国別事業実施計画の関係については、国や分野によってケースバイケースで対応せざるを得ないと思われるが、体系図でいう「開発課題」は国別事業実施計画・開発課題マトリクスの「援助の重点分野」にあたり、また体系図の「開発戦略目標」「中間目標」「中間目標のサブ目標」は、国別事業実施計画の開発課題マトリクスの「問題解決のための方針・方向性（開発課題）」に対応するものと考えられる（どのレベルの目標がマトリクスの「開発課題」にあたるかは、国や分野により異なる）。

開発課題体系図と国別事業実施計画・開発課題マトリクスの対応



看護教育開発課題体系全体図

開発戦略目標	中間目標	中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	事例*
看護サービスの 拡充	1. 政策・計画 立案・実施能力 の向上	制度基盤整備	△看護師・助産師の職種（title） 別職務内容に関する規定の情報収集 ○看護師・助産師の職種別職務内容に関する現状調査 ×看護師・助産師の職種別職務内容に関する規定の作成（規定がない場合） ×規定の施行 ×規定の遵守状況のモニタリング・評価 ○資格制度の提案	
		職務内容に沿った教育内容の標準化	△職務内容に沿った教育内容の規定の作成（教員の要件、カリキュラム、定員等） ×規定の施行 ×規定の遵守状況のモニタリング・評価 △指定規則に基づく養成校の認可 △適正学生数の遵守	
		看護・助産人材養成・配置計画に沿った基礎教育の見直し	△人材需給予測への支援 ×人材開発・配置計画の評価支援 ×人材開発・配置計画に沿った基礎教育計画の見直し	
		看護・助産人材の情報管理システムの強化	○看護・助産人材の情報管理システム作成への支援 ×人材情報の人材需給予測・開発・配置への活用 ○研修手帳の導入	12
	2. 看護基礎 （養成）教育の 質の向上	看護教員の質の向上	◎教員に対する技術指導／研修 ×教員に対する学位取得プログラムの実施 △教員に対する適切な評価の実施 ×報奨制度の確立 ×教員に対する待遇・保障制度の改善	1, 2, 4 5, 6, 7 9, 14, 47 72
		基礎教育の標準化	◎カリキュラムの開発・普及 ◎学習指導案の作成 ◎教材の開発 △適正学生数規準を遵守する ○他ドナーの支援活動との調整 ×カリキュラムの評価研究	1, 2, 4 5, 6, 7 9, 14, 31 35, 36 43, 46

* 付録1. 主な協力事例の表A 1－5、6、7、8、9、10、11の案件Noと対応。

		教育と臨地の連携改善	◎実習の現状調査を実施 ○教育と臨地の連携強化に関する研修実施 △臨地医療従事者等が教育の計画・実施・評価に参加できるメカニズムの構築 ○教育・臨地連携モデルの作成	5, 6, 7 9, 12, 32 34, 50, 62
		教育環境の改善	◎教育施設・設備の増改築 ◎教育用機材・実習機材の整備 ◎図書館の整備 △教員の不足の解消 ○学校運営管理の改善	6, 7, 13 15~30 58, 62
		自立発展のための活動の推進	◎各課題に基づいた委員会・学習会の実施 ○機材の利用と管理方法についての研修会の開催 ○定期的モニタリングの実施	
		学生への個別指導の実施	△学生に対する指導／カウンセリングの実施 ×評価システムへの提言	
	3. 雇用・配置されている人材の活用・能力の向上	継続教育プログラムの策定	○既存の継続教育プログラムの現状分析 ◎他ドナーの継続教育支援活動との調整（母子保健、リプロダクティブヘルス・プロジェクト等も含む） △ニーズ・アセスメントの実施 ◎継続教育研修カリキュラム／モジュールの作成	3, 12
		継続教育プログラムの効果的实施	○実施委員会の設立・運営 ◎教材の作成 ○研修参加者の選抜基準の設定 ○研修のモニタリング・評価	12, 13
		継続教育に関するデータベースの構築	△看護・助産人材のデータベースの作成 △上記データベースに継続教育データを組み込む ×データの免許更新への活用 ×データの政策提言への活用	12
		管理者の育成	○看護リーダーの育成	64, 65, 73
		現場でのパフォーマンス向上支援	○臨床現場の問題分析の実施 ×職場の環境改善提言 ×パフォーマンス評価システムに関する研修実施 ×看護職の保健医療分野における地位向上支援 ×看護職者を束ねる職能団体としての看護協会への支援	
		大学院レベルの教育強化	×遠隔教育 ×奨学金 ×看護研究	

注：プロジェクト活動の例

◎→JICAの看護教育協力事業において比較的事業実績の多い活動

○→JICAの看護教育事業において事業実績のある活動

△→JICAの看護教育事業においてプロジェクトの一要素として入っている活動

×→JICAの看護教育事業において事業実績がほとんどない活動

概 観

1. 看護教育の概況

1-1 看護分野及び看護教育の現状

保健医療サービス（予防・診断・治療）提供の目的は、健康の保持増進であり、保健医療サービスを提供するために保健医療システムが構築されている。その構成要素は、人材、資金、施設・設備であり、なかでも人材はシステムを機能させ、サービスを提供するための中核を担っている。看護職は、人材の中で高い割合を占め、主なプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）の担い手であるため、提供される保健医療サービスの量・質に多大な影響を与える。また、知識・技能を備えた看護職の不足は、ミレニアム開発目標（MDGs）¹達成に対して、もっとも大きな障害となっている。

1-2 「看護職」の定義

我が国の看護職の免許は看護師、助産師、保健師、准看護師であるが、看護職の職種・名称・業務・教育内容等は国によって異なる。例えば、米国では診療・投薬などが許可されているNurse Practitionerがおり、保健師はいないが、Public Health Nurse Specialistがおり、米国やインドネシア、カンボジアには麻酔看護師という職種もある。本稿では、ターゲットを明確にするため、看護職をMDGs達成のための課題ともされている、看護・助産人材とし、具体的には看護基礎教育によって養成された「看護師」「助産師」「看護・助産師」「准看護師」「准助産師」「准看護・助産師」を看護職と定義する。

1-3 看護教育の定義

看護教育は、看護職養成のための教育（基礎教育）と、基礎教育終了後の教育に大別される。基礎教育終了後の教育は「継続教育」「卒後教育」「生涯教育」などと呼ばれるが、国際的な定義は確立していない。現在、ほとんどの国においては、看護師養成教育終了後に助産師養成教育が実施されており（Indirect Entry）、この場合看護師養成教育のみを「基礎教育」という場合もあるが、助産師等の養成教育が看護師養成教育を経ずに行われている場合（Direct Entry）は、助産師養成教育も看護職教育の基礎教育に分類される場合もある。本稿では、「看護職養成のための教育」を「看護基礎教育」、基礎教育終了後の「学位や資格取得のための教育」と「学位や資格を目的としない、看護職の質の維持・向上のための教育」を「看護継続教育」と定義する。

¹ 2015年までに達成することを目標とする課題で、2000年9月に国連で149か国が合意した共通目標。貧困、飢餓の撲滅、初等教育の完全普及、ジェンダーの平等・女性のエンパワーメント、子どもの死亡率削減、妊産婦の健康の改善、HIV/エイズ、マラリアなどの疾患別対策、持続可能な環境保全、グローバルな開発パートナーシップの構築など8項目で数値目標として18項目、48指標が設定されている。

1-4 日本の看護教育制度

日本で看護職に就くためには、看護師・助産師・保健師・准看護師の資格が必要とされるが、これらの資格を得るためには、保健師助産師看護師法（保助看法）第19～22条を満たす学校で必要な学科を修め、厚生労働大臣による国家試験（准看護師は都道府県知事による試験）に合格しなければならない。国家試験受験資格を得るための看護基礎教育に携わっている機関として、看護系大学・短期大学、看護師養成所、高等学校衛生看護科、准看護師養成所²、高等学校の看護に関する5年一貫校がある。看護師養成所を卒業すると、看護師国家試験の受験資格が得られると同時に、保健師・助産師学校への入学資格が得られる。いずれも法律では6か月以上（実際には1年の課程が多い）専門の学科を修めることが義務づけられている。4年制の看護系大学では、保健師、助産師の学習が含まれている大学が多く、必要な学科を履修すれば、保健師、助産師、看護師それぞれの国家試験の受験資格が得られる。

1-5 国際的援助状況

1978年にアルマ・アタ宣言で提唱されたプライマリ・ヘルス・ケア(PHC)の概念は、看護職を含む医療従事者養成教育のカリキュラムにも大きな影響を及ぼした。「アルマ・アタ宣言」に続き、1981年のWHO総会では「2000年までにすべての人に健康を(Health for All by the Year 2000, HFA)」という目標とともに、その戦略をPHCにおくことが宣言され、目標達成のためにはPHCの主な提供者である看護職の人材育成が重要であると改めて認識された。2000年9月に55回国連総会で採択されたMDGsにおいては、策定された8つの開発目標のうち5つの目標が看護教育に関連している。

1-6 我が国の援助状況

日本政府は、1960年代後半から青年海外協力隊(JOCV)隊員の派遣等JICAを通じた保健医療分野の技術協力を開始するとともに、1973年には厚生省国際課が国際看護交流協会へ委託した事業「東南アジア諸国等看護指導者研修」により、同分野における人づくりに対する援助が開始された。1979年にはJICAの「インドネシア共和国看護教育プロジェクト」、1980年には「タイ国看護教育プロジェクト」が開始され、以降看護教育への支援は、「技術協力プロジェクト」「無償資金協力」「研修事業」を中心に展開され、対象地域もアジア中心から中南米、アフリカ、大洋州、中近東地域にまで広がりをみせている。2000年7月の九州・沖縄サミットにおいて、日本政府は「沖縄感染症イニシアティブ」を打ち出した。JICAはこれらイニシアティブに対応するため、医師・看護師・臨床検査技師といった医療従事者の育成に積極的に取り組んでいる。

² 「看護関係統計資料集」平成16年、p.64の表「准看護師養成所における一般教育歴別、その他卒業生入学状況」によれば、准看護師養成所には中学卒業後入学できるが、2004年度統計では中学卒の入学者の割合は3.6%にすぎず、高校卒83.3%、短大卒7.7%、大学卒5.1%と、高校卒業以上の学歴を有する入学者が96%を超えている。

2. 看護教育に対する効果的アプローチ

2-1 看護教育の目的

国家保健医療システムが機能し、住民に必要なかつ適切なサービスが提供され、感染症（HIV/エイズ、結核、マラリア）、母子保健、慢性疾患等の諸問題に対処し、健康の保持増進を図るためには、知識・技能をもった保健医療人材が適切に配置され、従事することが不可欠である。特に、看護・助産人材は開発途上国において末端の保健医療施設での主たるサービスの提供者であり、二次・三次医療施設においてもサービスの核となる役割を果たしている。看護教育への協力は、対象国における看護・助産人材の育成によって、保健医療システムが機能し、住民に必要なかつ適切なサービスが提供され、健康の保持増進に寄与することを目的とする。また、看護助産人材育成はMDGsや人間の安全保障に実現にも貢献する。

2-2 看護教育に対する効果的アプローチ

看護教育の開発戦略目標 看護サービスの量・質の拡充

看護サービスを量・質ともに改善し、保健医療サービスの向上を目指すには、看護サービスを支える3つの要素、すなわち、「政策・計画」「養成」「雇用・配置（活用）」の改善が必要となる。したがって、開発戦略目標は「看護サービスの量・質の拡充」であり、中間目標は以下の3点である。

- ① 政策・計画立案・実施能力の向上
- ② 看護基礎（養成）教育の質の向上
- ③ 雇用・配置された人材の活用・能力の向上

中間目標1 政策・計画立案能力の向上

従来、我が国の看護教育に対する協力の取り組みは、看護・助産人材の養成学校を直接のターゲットとして、技術協力プロジェクトによる教員の訓練・カリキュラムの開発・教材の開発、無償資金協力等による教育施設の改善・機材の整備への支援を中心としたものが多かった。しかし、看護職や看護教育の法的・制度的整備がいまだできていない国々の中には、「看護師」「助産師」等看護職の職務内容(job description)が明確でなく、複数の看護職のタイトルが存在しながら、その役割の違いが不明確である場合がある。そのような国々では、看護教育に対する規則も未整備である場合が多い。看護サービスの拡充を図るには、個々の教育機関の努力のみならず、国レベルでの法的・制度的・財政的枠組みの整備が必要である。具体的には、職務内容や、資格、教育内容といった質確保のための各種の規定や適正人員配置のための予算も含めた人材養成・配置計画の作成・実行であるが、開発途上国では、それらの業務に携わる看護職は量・質両面で不足している。したがって、規定や計画の必要性、策定方法など技術移転が必要である。

中間目標 2 看護基礎教育の質の向上

看護基礎教育には、当該国において適切な保健医療サービスが提供されるために必要な数の卒業生を送り出すことを求められると同時に、卒業生に安全かつ必要なケアを適切に提供するための知識・技術を身につけさせるという質の充実が求められる。開発途上国、特に低所得国では、不足する看護師・助産師と需要のギャップを埋めることが迫られていると同時に、質の改善が求められている。

中間目標 3 雇用・配置された人材の活用・能力の向上

看護継続教育、特に現任教育(in service training)は看護サービスの提供者の質的向上に直接的に働きかけるため、妥当性やインパクト、有効性が高くなる。また、対象国の財政不足によって雇用が見込めない場合も、継続教育による現任者への教育により、看護・サービス拡充に直接的に貢献できる。ただし、看護基礎教育と比して、研修費などの費用がかかる傾向があるため、自立発展性を高めるには、対象国の自己財源及び人材の確保が課題となる。

3. JICAの協力の考え方

3-1 JICAが重点とすべき取り組みと留意点

(1) 基本的考え方

保健医療分野はMDGsや人間の安全保障に深く関わる分野である。保健医療サービスを提供するのは保健医療分野の様々なマンパワーであり、その中でも看護・助産人材は重要な役割を担っている。看護教育の強化を通じて、看護師・助産師のキャパシティ・ビルディングを図ることにより、直接的・間接的にMDGs達成に貢献する。これまでJICAは様々な看護教育の改善を目指した事業を実施してきたが、今後とも本分野への協力を継続していく。また、協力のアプローチについては対象国の看護職の職務内容など看護分野全般の状況や課題を明確に整理し、日本の比較優位やリソースを考慮し、JICAによる協力範囲やアプローチを選択するのが望ましい。

(2) JICAが重点とすべき取り組み及び留意点

1) 看護教育のアプローチ

看護教育のアプローチは「看護基礎教育」「看護継続教育」の2つに類別できる。どちらのアプローチを選択するかは、対象国の看護の課題、自立発展性、日本の比較優位やリソース等を判断基準とすることが重要である。また、制度基盤が整っていない国では、いずれのアプローチを選択した場合でも、妥当性、有効性などが低くなるので、制度基盤の整備を、プロジェクト実施の前提条件とするなどの、対策をとる必要がある。

2) 看護基礎教育：間接的アプローチ

教員養成、カリキュラムの改善、教材の開発・作成は日本が最も貢献できる分野で

ある。1980年前後からJICAが実施してきた数多くの協力案件で、これらの分野に関わる支援を行い、実績を残してきた。また、同時期に無償資金協力によって整備された教育機材・視聴覚機材等は、教材の開発・作成、教授法の改善に効果的に役立てられてきた。今後はこれまでのプロジェクトで培った経験やノウハウを最大限活かしながら、他ドナーとの効果的な連携を図りつつ、協力を実施することが望まれる。また、技術協力によって相手国側が獲得したノウハウを「第三国集団研修」や「第三国専門家派遣」を通じて周辺国への普及を図っていく取り組みも、今後強化されるべきである。また、看護基礎教育の向上は、看護職の量的・質的不足の改善に貢献するが、看護職の業務内容が規定されていなければ、教育内容の適正化が図れない。また、卒業生の就職率（雇用・配置）が低い場合には、看護サービスの拡充への貢献も低くなる。したがって、妥当性やインパクトを高めるためには、看護職の業務内容の明確化、及び人材養成・配置計画の見直しや作成が必要となる。

3) 看護継続教育：直接的アプローチ

看護継続教育、特に現任教育(in service training)は看護サービスの提供者の質的向上に直接的に働きかけるため、妥当性やインパクト、有効性が高くなる。看護継続教育は、看護サービスの拡充に直接的に貢献するが、看護基礎教育と比して、研修費などの費用がかかる傾向があるため、自立発展性を高めるためには、対象国の自己財源及び人材の確保が課題となる。また、対象国の財源の負担を軽減し、かつ効率（費用対効果）を高めるために、受講対象者、期間などを考慮し、経費は必要最小限に抑えた活動計画を立てることが重要である。

4) 過去に実施した協力から得られた教訓

- a) 技術協力と無償資金協力との効果的な連携を促進する。
- b) 女性の地位が低い国々に対する協力では、ジェンダーの視点が不可欠である。
- c) モデル校／モデル地域でのパイロット的なプロジェクトについては、全国レベルへの普及への戦略的道筋を考案する。
- d) 保健省、教育省、職能団体など関係者間の連絡・連携を促進する。

3-2 今後の検討課題

(1) 看護教育のための専門家の確保

我が国の看護教育協力を担う日本国内の人的リソースには、看護系大学・短大の教員等の研究者、教育者、厚生労働省や医療機関のスタッフ、開発コンサルタントなどがあるが、いずれも不足している。看護系大学・短大の教員はこれまでの看護教育協力で中心的な役割を果たしてきたが、長期の開発途上国への派遣は困難であることが多く、短期派遣が中心であった。特に、今後の看護教育協力においては、行政支援型、学校運営等マネジメント支援型案件が増加すると思われるが、途上国の看護教育行政や学校運営についての知識や経験を有する日本人専門家は限定されているのが現状である。今後の看護教育分野の案件形成にあたっては、人的リソースの確保についての配慮が必要である。また、これまでの協力案件によって育成された第三国専門家の活用を積極的に図

ることが必要である。

(2) 異なる援助スキームの連携や他の保健医療のプロジェクトとの連携促進

従来、看護教育協力で多くみられた技術協力プロジェクトと無償資金協力の連携に加えて、「第三国集団研修」による周辺諸国への協力効果の波及は、今後積極的に推進されるべきである。同様に、日本の技術協力で育成された開発途上国の機関や人材が、自国の人材に対して行う「現地国内研修」も積極的に活用するべきである。第三国専門家の活用は、日本国内の人的リソースを補う意味でも期待できるが、日本側、相手国側、専門家自身がプロジェクトの内容、目的、周辺事情、専門家のTOR(terms of reference)について十分理解を共有し、準備したうえで派遣されることが必要である。また、これまであまり行われてこなかった、看護教育における技術協力プロジェクトとJOCVの連携は、隊員の役割・連携の目的を明確にしたうえで導入を検討していくべきであろう。JOCV隊員が技術協力プロジェクトと共同作業を行う経験を積むことで、将来の専門家の人材育成に結びつくという効果も期待できる。さらに、母子保健・地域保健・病院支援型のプロジェクトなど、保健医療分野の他方面からの人材育成に関わるプロジェクトとの連携・ノウハウの交換も促進していくべきである。

第1章 看護分野及び看護教育の概況

1-1 看護分野及び看護教育の現状

保健医療サービス（予防・診断・治療）提供の目的は、健康の保持増進であり、保健医療サービスを提供するために保健医療システムが構築されている。その構成要素は、人材、資金、施設・設備であり、なかでも人材はシステムを機能させ、サービスを提供するための中核を担っている。看護職は、人材の中で高い割合を占め、主なプライマリー・ヘルス・ケア(PHC)の担い手であるため、提供される保健医療サービスの量・質に多大な影響を与える。また、知識・技能を備えた看護職の不足は、ミレニアム開発目標¹(MDGs)達成に対して、もっとも大きな障害となっている。

看護サービスの量・質は、「政策・計画」「養成」「雇用・配置（活用）」の3つの要素で支えられているため、看護職の不適切な配置、量・質的な不足を改善するには、この3つの見地から検討する必要がある。

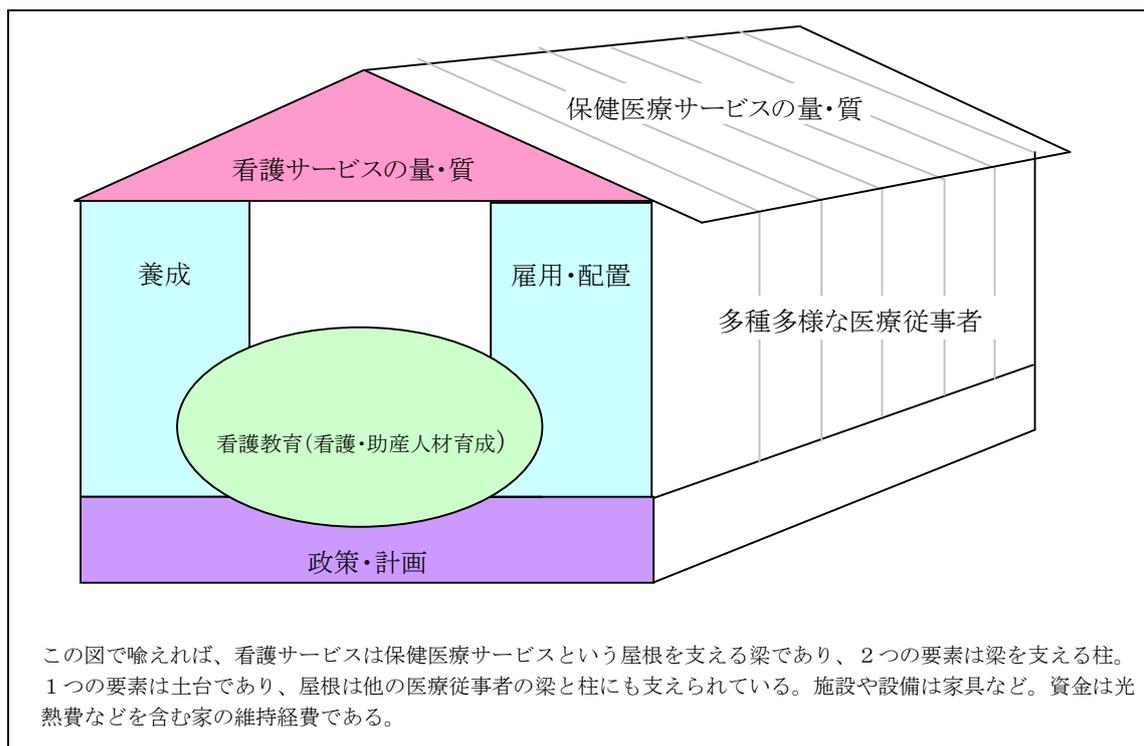


図1-1 保健医療サービスと看護教育の関係

¹ 2015年までに達成することを目標とする課題で、2000年9月に国連で149か国が合意した共通目標。貧困、飢餓の撲滅、初等教育の完全普及、ジェンダーの平等・女性のエンパワーメント、子どもの死亡率削減、妊産婦の健康の改善、HIV/エイズ、マラリアなどの疾患別対策、持続可能な環境保全、グローバルな開発パートナーシップの構築など8項目で数値目標として18項目、48指標が設定されている。

看護教育は、看護職養成のための教育（基礎教育）と基礎教育終了後の教育（継続教育）に大別される。基礎教育によって、質の高い看護職の養成、また量的な改善を目指し、継続教育によって、看護政策・計画能力の向上や雇用・配置されたサービス提供者の質向上を図ることが可能である。したがって、看護教育は保健医療サービスの向上、及びMDGs達成のために、直接的、間接的に貢献する。しかし、看護教育に関しては、看護職の業務範囲や定義、職種などが国によって異なるために、内容や方法が国際的に統一されていない。

1-2 「看護職」の定義

我が国の看護職の免許は看護師、助産師、保健師、准看護師であるが、看護職の職種・名称・業務・教育内容等は国によって異なる。例えば、米国では診療・投薬などが許可されているNurse Practitionerがおり、保健師はいないが、Public Health Nurse Specialistがおり、米国やインドネシア、カンボジアには麻酔看護師という職種もある。本稿では、ターゲットを明確にするため、看護職をMDGs達成のための課題ともされている、看護・助産人材とし、具体的には看護基礎教育によって養成された「看護師」「助産師」「看護・助産師」「准看護師」「准助産師」「准看護・助産師」を看護職と定義する。

また、厳密には対応しないが一応の目安として、日本の「看護師」「准看護師」「助産師」の英文名称として、以下のような表現が使われることが多い²。

日本語名称	英文名称の例
看護師	registered nurse, registered professional nurse, secondary nurse, state registered nurse
准看護師	licensed practical nurse, enrolled nurse, auxiliary nurse, primary nurse
助産師	clinical nurse-midwife, midwife, registered midwife, secondary midwife

なお、国際看護師協会、国際助産師連盟は、それぞれ以下のように看護師、助産師³を定義している。

「看護師とは、基礎的で総合的な看護教育の課程を修了し、自国で看護を実践するよう適切な統制機関から権限を与えられている者である。看護基礎教育とは、一般看護実践、リーダーシップの役割、そして専門領域あるいは高度の看護実践のための卒後教育に向けて、行動科学、生命科学及び看護科学における広範囲で確実な基礎を提供する、正規に認定された学習プログラムである。看護師とは以下のことを行うよう養成され、権限を与えられている。①健康の増進、疾病の予防、そしてあらゆる年齢及びあらゆるヘルスケアの場及び地域社会における、身体的、精神的に健康でない人々及び障害のある人々へのケアを含めた全体的な看護実践領域に従事すること、②ヘルスケアの指導を行うこと、③ヘルスケア・チームの一員として十分に参加すること、④看護及びヘルスケア補助者を監督し、訓練すること、⑤研究に従事すること。」

国際看護師協会、1987年

² 看護師、准看護師をひとまとめにして看護師と区分する考えもある。

³ 助産師の定義に関しては、2005年7月18～21日に開催された第27回国際助産師連盟評議会で合意・改定された。改定された日本語訳が後日、日本の加盟3団体（日本助産学会、日本助産師会、日本看護協会）から出される予定。英文は国際助産師連盟ホーム・ページ(www.internationalmidwives.org)参照。

助産師とは、国から正式に認可された助産教育課程に正規に入学し助産学の所定の科目を履修した者で、助産業務を行うために登録され、また／あるいは法律により免許を受けるために必要な資格を取得した者である。助産師は、女性の妊娠、出産、産褥の各時期において必要な監督、ケア及び助言を行い、自分自身の責任において分娩を介助し、新生児及び乳児のケアを行うことができなければならない。このケアには予防的措置、母子の異常な状態の発見、医学的援助を得ること、医学的援助が欠如している場合の緊急措置の実施が含まれる。助産師は女性のためだけでなく、家族及び地域社会の中にあっても健康カウンセリングと教育に重要な役割を持っている。その活動には産前教育と親になるための準備が含まれ、さらに婦人科の一部の領域、家族計画及び育児にまで及ぶ。助産師は病院、診療所、保健所、家庭、その他のサービスの場で業務を行うことができる。

この定義は国際助産師連盟及び国際産婦人科連盟が共同し作成したものである。

1972年、国際助産師連盟国際評議会で採択。1973年、国際産婦人科連盟で採択。

その後、世界保健機関(WHO)が採択。1990年10月、国際助産師連盟国際評議会(神戸)で改定。

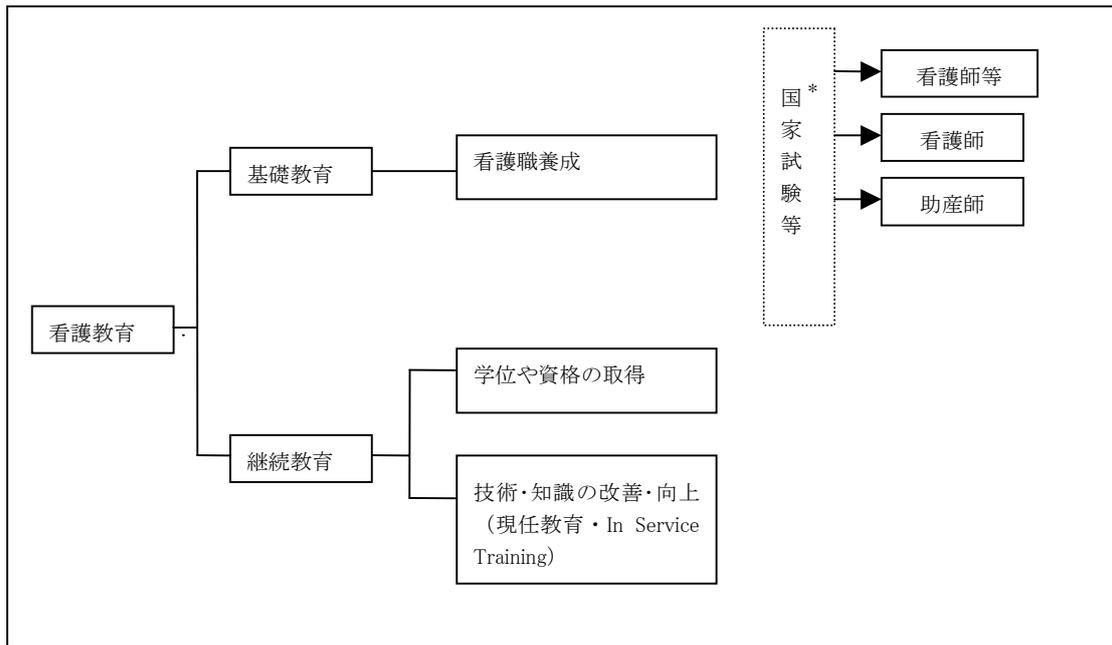
この改定を1991年国際産婦人科連盟、1992年世界保健機関が批准。

1-3 看護教育の定義

看護教育は、看護職養成のための教育(基礎教育)と、基礎教育終了後の教育に大別される。基礎教育終了後の教育は「継続教育」「卒後教育」「生涯教育」などと呼ばれるが、国際的な定義は確立していない。現在、ほとんどの国においては、看護師養成教育終了後に助産師養成教育が実施されており(Indirect Entry)、この場合、看護師養成教育のみを「基礎教育」という場合もあるが、助産師等の養成教育が看護師養成教育を経ずに行われている場合(Direct Entry)は、助産師養成教育も看護職教育の基礎教育に分類される場合もある。また、基礎教育終了後の「看護職の教育」としては、学位や資格(認定看護師など)取得のための教育と、学位や資格を目的としない、看護職の質の維持・向上のための教育に分類できるが、前述したように国際的な定義が確立していないため、基礎教育、継続教育を図1-2のように定義する。

また、我が国の大学院以外の継続教育には、看護職の養成に携わろうとする者のための教員養成課程、小児看護・母性看護・地域看護⁴など専門的看護を学ぶための専門看護教育、現職の職員を対象とした現任教育などがある。

⁴ 日本看護協会専門看護師制度で2005年4月現在特定されている専門看護分野には、これら3分野のほか、がん看護、精神看護、老人看護、成人看護(慢性)、クリティカルケア看護がある。



*国によっては「国家試験」以外の名称の認定試験を課すところ、認定試験を課さないところがある。

図 1-2 看護教育の中での基礎教育と継続教育の位置づけ

1-4 日本の看護教育制度

日本で看護職に就くためには、看護師・助産師・保健師・准看護師の資格が必要とされるが、これらの資格を得るためには、保健師助産師看護師法（保助看法）第19～22条を満たす学校で必要な学科を修め、厚生労働大臣による国家試験（准看護師は都道府県知事による試験）に合格しなければならない。国家試験受験資格を得るための看護基礎教育に携わっている機関として、看護系大学・短期大学、看護師養成所、高等学校衛生看護科、准看護師養成所⁵、高等学校の看護に関する5年一貫校がある。

看護師養成所を卒業すると、看護師国家試験の受験資格が得られると同時に、保健師・助産師学校への入学資格が得られる。いずれも法律では6か月以上（実際には1年の課程が多い）専門の学科を修めることが義務づけられている。4年制の看護系大学では、保健師、助産師の学習が含まれている大学が多く、必要な学科を履修すれば、保健師、助産師、看護師それぞれの国家試験の受験資格が得られる。

継続教育としては、大学卒業後に進学する大学院修士課程（修業年限2年以上）と、修士課程修了後に進学する博士課程（修業年限3年以上）、社団法人日本看護協会による看護研修学校認定看護師教育専門課程、専門看護師の資格試験、また厚生労働省看護研修研究センター等が実施する看護教員養成課程等がある。

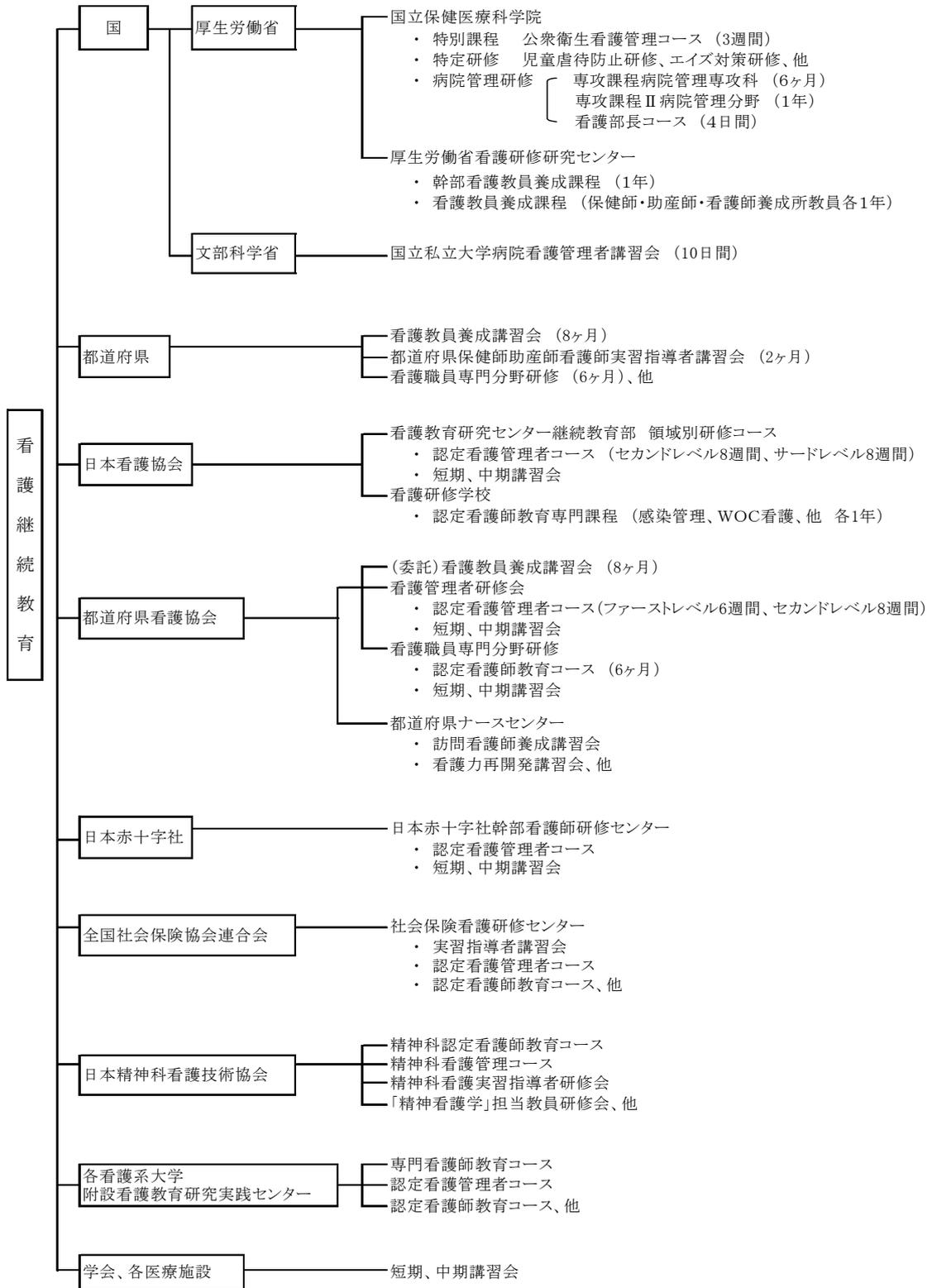
⁵ 「看護関係統計資料集」（平成16年）、p.64の表「准看護師養成所における一般教育歴別、その他卒業生入学状況」によれば、准看護師養成所には中学卒業後入学できるが、2004年度統計では中学卒の入学者の割合は3.6%にすぎず、高校卒83.3%、短大卒7.7%、大学卒5.1%と、高校卒業以上の学歴を有する入学者が96%を超えている。

表1-1 日本の看護師養成3年課程のカリキュラムの基準

教育内容		単位数	時間数
基礎分野	科学的思考の基盤 人間と人間生活の理解	13	360
専門基礎分野	人体の構造と機能 疾病の成り立ちと回復の促進 社会保障制度と生活者の健康	21	510
専門分野 講義 36単位 (990時間)	基礎看護学	10	300
	在宅看護論	4	90
	成人看護学	6	180
	老年看護学	4	105
	小児看護学	4	105
	母性看護学	4	105
	精神看護学	4	105
専門分野 臨地実習 23単位 (1,035時間)	基礎看護学	3	135
	在宅看護論	2	90
	成人看護学	8	360
	老年看護学	4	180
	小児看護学	2	90
	母性看護学	2	90
	精神看護学	2	90
合計		93	2,895

出所：保健師助産師看護師学校養成所指定規則 別表三（第四条関係）

注：保健師助産師看護師学校養成所指定規則 第四条別表三に基づき作成。四条二では、「教育の内容は、別表三に定めるもの以上であること」としており、単位及び時間ともにこれ以上であることが必要とされている。



出所：厚生労働省医政局看護課資料より

図1-4 日本の実施主体別看護継続教育一覧

1-5 国際的援助状況

(1) アルマ・アタ宣言とPHC

1978年9月にWHOとUNICEFの共催により、カザフスタン共和国のアルマ・アタ（旧ソ連の都市で、現在のアルマトイ）で、「プライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議」が開催された。143か国の政府代表と67の機関が参加したこの会議で採択された「アルマ・アタ宣言」は、先進国と途上国の間の健康状況における不平等、それぞれの国内における政治的・社会経済的不平等に言及したもので、その後の途上国の保健医療に関する理念と施策の原点となった。

ここで提唱されたプライマリ・ヘルス・ケア(Primary Health Care : PHC)とは、「地域社会に住む誰もがその発展の程度に応じた負担で身近に利用でき、科学的にも適正かつ社会的にも受け入れられている方法に基づいた、人々の暮らしに欠くことのできない保健医療」であり、住民参加、適正技術、地域資源の最大活用、各分野の協調という4つが基本となるアプローチをとるとされた。また、実践面では、「健康教育、安全な水の確保、予防接種奨励を含む母子保健推進、風土病対策、必須医薬品の供給、コミュニティヘルスワーカーの活用、一般的疾患への対策、栄養改善など」が目標とされた。PHCの概念は、看護職を含む医療従事者養成教育のカリキュラムにも大きな影響を及ぼした。

「アルマ・アタ宣言」に続き、1981年のWHO総会では「2000年までにすべての人に健康を(Health for All by the Year 2000, HFA)」という目標とともに、その戦略をPHCにおくことが宣言された。すなわち、治療よりも予防、病院での医師による医療行為より住民主体の衛生活動の重視である。そして、地域住民主体のヘルスケア(community-based health care)という考えが生まれ、それぞれの地域で地域保健ワーカー、地域保健プロモーターと呼ばれる人々が選ばれ、コミュニティで必要なニーズを満たしていく試みが始められた⁶。

(2) セクター改革と社会的弱者の重視

1990年代に入ると、国際保健医療分野の援助の中心的課題は、保健医療部門のセクター改革や政府の自立能力の構築となった。これにより、従来の疾病対策や保健サービス・プログラム支援によるPHC推進から、保健システム全体の構築、政府のキャパシティ・ビルディングへと、援助における重点も大きく移行することとなった。特に、主要ドナーの共通の関心事は、途上国の行財政システム全体の改革⁷、地方分権化、受益者負担と健康保険の導入、民間セクターの活用などとなった。

もう一つの潮流として、経済成長を重視した従来の援助が必ずしも最貧層の生活向上に役立っていないという認識から、社会的に脆弱な層である子どもと女性を開発の中心として扱うことの重要性が認識されたことがある。1993年にUNICEFは「児童の権利条約」を発効し、すべての子どもがベーシック・ヒューマン・ニーズ(Basic Human Needs : BHN)

⁶ 近藤正規著、保健医療分野の国際協力 FASID「開発アプローチと変容するセクター課題」

⁷ JLI Strategy Report 第2章の記述によれば、1980年代、90年代の構造調整政策の中でのセクター改革は保健医療スタッフの数や給与に上限を設け、高等教育、研修に対する投資を抑制した。

に対する権利を持つという国際的な合意がなされた。さらに、1994年にカイロで開かれた「国際人口開発会議」及び1995年の北京の「世界女性会議」では「性と生殖に関する権利(Reproductive Rights)」が強調され、子どもを生むことに対する女性の選択肢と権利が再認識された。

(3) ミレニアム開発目標(MDGs)

2000年9月の第55回国連総会（ミレニアム・サミット）において、日本を含む147の国家元首を含む189の加盟国は、21世紀の国際社会の目標として国連ミレニアム宣言を採択した。このミレニアム宣言は、平和と安全、開発と貧困、環境、人権とグッド・ガバナンス（良い統治）、アフリカの特別なニーズなどを課題として掲げ、21世紀の国連の役割に関する明確な方向性を提示した。そして、国連ミレニアム宣言と1990年代に開催された主要な国際会議やサミットで採択された国際開発目標を統合し、一つの共通の枠組みとしてまとめられたものがミレニアム開発目標(Millennium Development Goals:MDGs)である。MDGsは、2015年までに達成すべき目標として8つを掲げているが、このうち保健医療に関わる目標⁸の達成には医療従事者の人材育成(human capacity development in health またはhuman resources for health)が必須の課題であると主要ドナーによって認識されている。

主要ドナーによる保健医療分野の人材育成に係る援助は、これまで特定のプログラムやプロジェクト、すなわち家族計画、リプロダクティブヘルス、母子保健、HIV/エイズ、マラリア、結核などの縦断的な対策プログラム/プロジェクトが個別に実施する現職の職員の研修(in-service training)に焦点を当ててきた。これらのアプローチは一定の成果を上げてきたものの、現職の職員が日常的に、縦割りの疾病対策の研修に多くの時間を割かれ、多忙であるという現状を少なからず招いた。人材・財源ともに限られている国々において、保健医療人材育成に対する支援がより効果的に計画・実施されるためには、当該国の保健システムの中でより包括的な取り組みが必要であることが認識されるようになった。

⁸ 目標4：2015年までに5歳未満児の死亡率を3分の2に減少させる。目標5：2015年までに妊産婦の死亡率を4分の3減少させる。目標6：2015年までにHIV/エイズ、マラリアやその他の疾病の蔓延を阻止し、減少に転じる。

Joint Learning Initiative on Human Resources for Health (JLI)

保健医療システムを機能させるうえで人材は重要だという認識はされながらも、国際的なイニシアティブは予防接種、エイズ・結核・マラリア等の感染症対策、疾病対策に多くの関心やリソースが向けられてきた。しかし、保健医療システムを機能させ、健康の改善をもたらすためには、知識・技能を持った保健医療人材がモチベーションを持って携わることが欠かせないという認識が高まるなか、2002年11月に保健医療と開発のための人材に関する共同学習イニシアティブ (Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development: JLI) が開始された。

JLIイニシアティブはロックフェラー財団によって始められ、学習プロセスの中に多くの stakeholders を巻き込み、開発途上国の保健医療人材の教育・配置・エンパワーメントを強化することによって地球規模で健康を改善することを目的としている。JLIは3か所に事務局を置き (ニューヨーク市の Rockefeller Foundation、ボストンの John Snow Inc. 及び Harvard University の Global Equity Initiative)、スウェーデンの Sida、Bill & Melinda Gates Foundation、the Atlantic Philanthropies が主な支援を提供しているほか、CIDA、GTZ、DfID、Open Society Institute (OSI) が参加し、WHO、世界銀行も支援を提供している。

JLIには7つの Working Group (History, Supply, Demand, Africa, Diseases of the Poor, Innovations, Coordination) があり、100人以上のメンバーが参加している。

1-6 我が国の援助状況

日本政府は、1960年代後半からJOCV隊員の派遣等JICAを通じた保健医療分野の技術協力を開始するとともに、1973年には厚生省国際課が国際看護交流協会へ委託した事業「東南アジア諸国等看護指導者研修」により同分野における人づくりに対する援助が開始された。

1979年にはJICAの「インドネシア共和国看護教育プロジェクト」、1980年には「タイ国看護教育プロジェクト」が開始され、以降JICAによる看護教育への支援は、「技術協力プロジェクト」「無償資金協力」「研修事業」を中心に展開され、対象地域もアジア中心から中南米、アフリカ、大洋州、中近東地域にまで広がりをみせている。

1985年後半からは、我が国による技術協力事業により移転した技術を習得した開発途上国を研修実施国として選定し、周辺途上国からの研修員を受け入れて、より現地事情に適合した技術・知識の移転、普及を図る「第三国集団研修」、1990年代末からは、日本の技術協力で育成された開発途上国の機関や人材が自国の人材に対して行う「現地国内研修」が実施され、スキームの広がりをみせている。

一方、1994年2月、日本政府は人口・エイズ分野で途上国への協力を積極的に行うことを目的とし、「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ (Global Issues Initiative on Population and AIDS: GII) を発表した。このイニシアティブは、1994年度から2000年度までの7年間で、ODA総額30億米ドルを目途に人口・エイズ分野で途上国への支援を進めるものであった。このイニシアティブのもと、女性と子どもの健康に関わる基礎保健医療、初等教育、女性の識字教育・職業訓練など、リプロダクティブヘルスやジェンダーの視点を含めた「包括的アプローチ」が採用され、最終的に7年間で約50億米ドルの協力が行われ、看護職を含む医療従事者の人材育成にも貢献した。

2000年7月の九州・沖縄サミットにおいて、日本政府は「沖縄感染症イニシアティブ」を打ち出した。その内容は、感染症対策支援や公衆衛生の増進、研究ネットワークの構築、基礎教育、水供給などの分野における協力強化を目的としている。政府は2005年までの5年間に、それらの分野で総額30億米ドルを途上国に対し協力することを表明している。JICAはこれらイニシアティブに対応するため、医師・看護師・臨床検査技師といった医療従事者の育成に積極的に取り組んでいる。

また、日本政府は1999年3月に「人間の安全保障基金」を国連に設置し、現在までに累計約188億円を拠出しており、国連に設置された信託基金の中で最大のものとなっている。本基金の目的は、人間の安全保障の視点に立って「貧困・環境破壊・紛争・地雷・難民問題・麻薬・感染症など人間に対する様々な脅威」に取り組む国際機関のプロジェクトを支援することを通して、人間の安全保障の考え方を具体的な活動に反映させていくことであり、2001年末までに46件、約85億円分の支援を実施している。支援対策分野には、母子保健・HIV/エイズ等感染症対策・公衆衛生改善などの保健医療分野も含まれており、2001年の活動には、ボツワナにおけるHIV/エイズ等感染症予防や治療に従事する医療従事者・NGOの訓練を行うプロジェクトが含まれていた。

第2章 看護教育に対する効果的アプローチ

2-1 看護教育の目的

国家保健医療システムが機能し、住民に必要かつ適切なサービスが提供され、感染症（HIV/エイズ、結核、マラリア）、母子保健、慢性疾患等の諸問題に対処し、健康の保持増進を図るためには、知識・技能をもった保健医療人材が適切に配置され、従事することが不可欠である。特に、看護・助産人材は開発途上国において末端の保健医療施設での主たるサービスの提供者であり、二次・三次医療施設においてもサービスの核となる役割を果たしている。看護教育への協力は、対象国における看護・助産人材の育成によって、保健医療システムが機能し、住民に必要かつ適切なサービスが提供され、健康の保持増進に寄与することを目的とする。

<開発援助における看護教育への協力目的>

開発援助の中で今日最も重要視されている目標は、2000年9月に国連総会で採択されたMDGsであるが、この達成のために最も大きな障害となっている問題の一つが知識・技能を備えた保健医療人材の不足、とりわけ看護・助産人材の不足である。特に、看護・助産人材の不足が深刻なサハラ以南のアフリカ諸国においては、MDGs達成のためには60万人以上の看護・助産人材が不足しているとの試算もある⁹。

WHOは「看護・助産サービス強化のための戦略的指針 (Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services, 2002¹⁰)」の中で、看護・助産サービスは8つのMDGsの中で、次の保健に関連する目標の達成に貢献すると述べている。

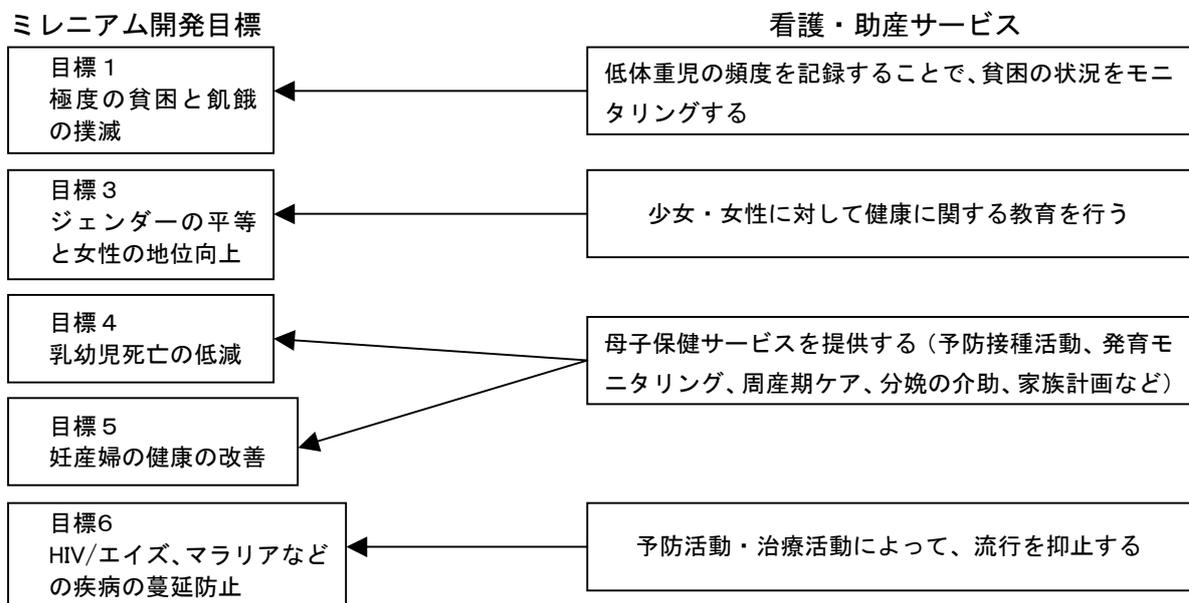


図2-1 看護・助産サービスとMDGsとの関係

⁹ International Council of Nurses, The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions, 2004, p. 5.

¹⁰ この戦略的指針は、ILO、UNICEF、UNFPA、国際看護師協会(ICN)、国際助産師連盟(ICM)等の団体が支持している。

2-2 看護教育に対する効果的アプローチ

看護教育の開発戦略目標

看護サービスを量・質ともに改善し、保健医療サービスの向上を目指すには、看護サービスを支える3つの要素、すなわち、「政策・計画」「養成」「雇用・配置（活用）」の改善が必要となる。したがって、開発戦略目標は「看護サービスの量・質の拡充」であり、中間目標は以下の3点である。

- ① 政策・計画立案・実施能力の向上
- ② 看護基礎（養成）教育の質の向上
- ③ 雇用・配置された人材の活用・能力の向上

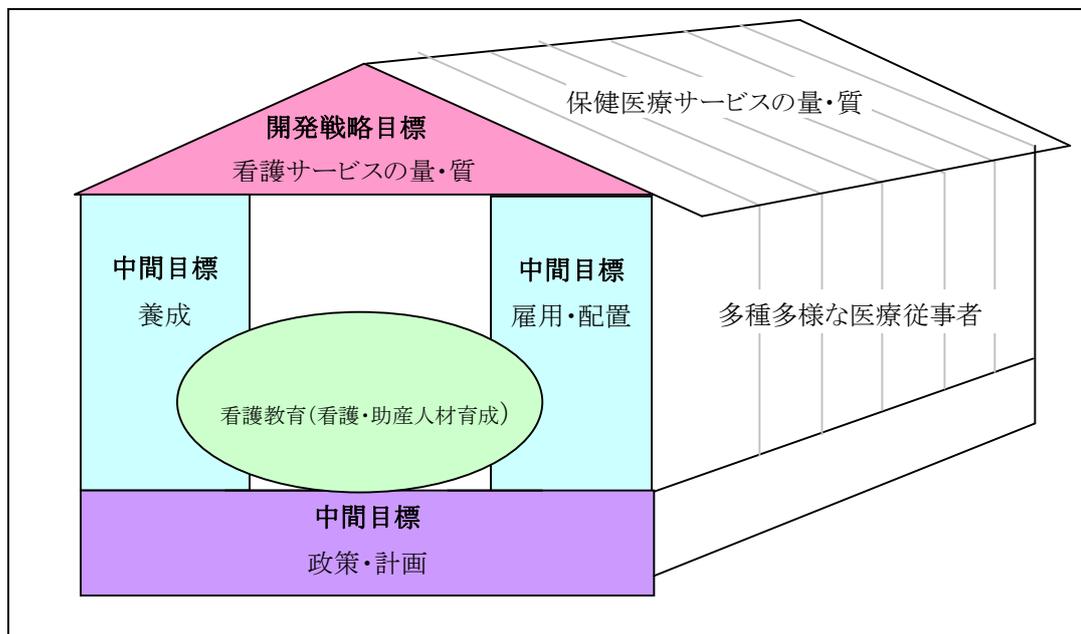


図2-2 看護教育の開発戦略目標と中間目標

中間目標1 政策・計画立案実施能力の向上

従来、我が国の看護教育に対する協力の取り組みは、看護・助産人材の養成学校を直接のターゲットとして、技術協力プロジェクトによる教員の訓練・カリキュラムの開発・教材の開発、無償資金協力等による教育施設の改善・機材の整備への支援を中心としたものが多かった。しかし、看護職や看護教育の法的・制度的整備がいまだできていない国々の中には、「看護師」「助産師」等看護職の職務内容(job description)が明確でなく、複数の看護職のタイトルが存在しながら、その役割の違いが不明確である場合がある。そのような国々では、看護教育に対する規則も未整備である場合が多い。

日本においては看護職の職務内容は「保健師助産師看護師法」によって規定され、その教育は「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」によって規定され、教育内容は一定の基準を満たすことが要求され、資格は国家試験（准看護師は都道府県知事による試験）に合格して初めて与えられる。このような法的・制度的整備ができていない国々には、

対象校の教育内容のみを改善するだけでは不十分で、全養成校が一定の質を確保するよう基盤整備を同時に働きかけることが必要である。

また、看護職人材が不足していながらも、政府の雇用が厳しく制限されているため、養成学校卒業者の多くが看護職のポストに就職できていない国々もあり、このような場合には人材養成・配置計画の見直し、確立が不可欠である。

看護サービスの拡充を図るには、個々の教育機関の努力のみならず、国レベルでの法的・制度的・財政的枠組みの整備が必要である。具体的には、職務内容や、資格、教育内容といった質確保のための各種の規定や適正人員配置のための予算も含めた人材養成・配置計画の作成・実行であるが、開発途上国では、それらの業務に携わる看護職は量・質両面で不足している。したがって、規定や計画の必要性、策定方法など技術移転が必要である。

JICAの取り組み

これまで看護教育行政に対して直接働きかける事例はほとんどなかったが、看護職や看護教育の法的・制度的整備がいまだできていない国々で協力を行うにあたっては、制度的基盤の強化に対する支援を同時に、あるいは養成機関に対する支援に先駆けて実施する必要がある。また、サービスの提供者である看護・助産人材が不足していながらも、養成学校卒業生の大半が看護職のポストに就職できていないような場合には需給予測に基づいた人材養成・配置計画の見直しに対する支援が今後必要である。

中間目標 1-1 法的基盤整備			
サブ目標	プロジェクト活動の例	事例*	JICAの主たる事業
看護師・助産師の職種別職務内容の明確化	△看護師・助産師の職種(title)別職務内容に関する規定の情報収集 ○看護師・助産師の職種別職務内容に関する現状調査 ×看護師・助産師の職種別職務内容に関する規定の作成(規定がない場合) ×規定の施行 ×規定の遵守状況のモニタリング・評価 ○資格制度の提案		開発調査 技プロ
職務内容に沿った教育内容の標準化	△職務内容に沿った教育内容の規定の作成(教員の要件、カリキュラム、定員等) ×規定の施行 ×規定の遵守状況のモニタリング・評価 △指定規則に基づく養成校の認可 △適正学生数の遵守		技プロ
看護・助産人材養成・配置計画に沿った基礎(養成)教育の見直し	△人材需給予測への支援 ×人材開発・配置計画の評価支援 ×人材開発・配置計画に沿った基礎教育計画の見直し		開発調査
看護・助産人材の情報管理システムの強化	○看護・助産人材の情報管理システム作成への支援 ×人材情報の人材需給予測・開発・配置への活用 ○研修手帳の導入	12	技プロ

注：プロジェクト活動の例：

- ◎→JICAの看護教育協力事業において比較的事業実績の多い活動
- JICAの看護教育事業において事業実績のある活動
- △→JICAの看護教育事業においてプロジェクトの一要素として入っている活動
- ×→JICAの看護教育事業において事業実績がほとんどない活動

*付録1. 主な協力事例の表A1-5、6、7、8、9、10、11の案件Noと対応。

中間目標 2 看護基礎教育の質の向上

看護教育とは看護（学）を教授・学習することにより、人々への健康の保持・増進、疾病の改善等に貢献する人材を育成することである。看護の対象は人であり、健康に関連する専門職であり、安全性を要求される職業である。看護を学ぶ学生は、安全かつ必要なケアを提供するための知識や技術を身につけなければならない。さらに、看護教育は生涯教育であり、看護職の資格を得るまでの教育はあくまでも看護の基礎教育(basic education)であり、米国では看護教育機関の卒業時の能力レベルを「エントリーレベル」という。このことは看護基礎教育を卒業することは、看護師として一人前になったということではなく、看護職への入門であり、そこから始まるという意味である。看護基礎教育が重要であると同時に、資格取得後の継続教育によって質の高いサービスの提供が可能となる。

看護基礎教育には、当該国において適切な保健医療サービスが提供されるために必要な数の卒業生を送り出すことを求められると同時に、卒業生に安全かつ必要なケアを適切に提供するための知識・技術を身につけさせるという質の充実が求められる。開発途上国、特に低所得国では、不足する看護師・助産師と需要のギャップを埋めることが迫られていると同時に、質の改善が求められている。

看護教員は、看護教育活動の中心的役割を果たすにもかかわらず、その資格、要件が明確でないケースが多い。教員は適切な資格、経験を有し、継続的な訓練を受ける機会を持つことによって、常に新たな知識・技術を吸収し、それを的確に学生に伝授しなければならない。教員の質向上の一つとして、トレーナーズ・トレーニングにより、核になる人々の研修に対して積極的に援助することも効果的であろう。また、十分な教育・研究活動を行うための体制が整備され、相応の報酬を含む教員を続けることに対するインセンティブを与えられていなければならない。

低所得の国々では、看護教育の標準カリキュラムに欠け、あるいはあっても実情に合わず、改正を必要とする場合が多い。また、授業科目、時間数、教員数等は学校間で大きく異なり、教材は著しく不足し、教員は各自のメモをもとに一方向的に講義し、学生はそれをノートに書き写すという形態であることが多く、授業の内容・学生の到達度にはばらつきが見られることが珍しくない。**標準カリキュラムを確立し、教材が整備**されることにより、学生が卒業後業務を履行する際に最低限身につけていなければならない知識・技術が明確にされることが必要である。また、他ドナーの協力プロジェクトがある場合、異なるカリキュラムを別々に開発することのないよう、連携を図り、教育の標準化を図ることが重要である。

一方、看護実践能力を育てるには、実習における**教育と臨床の連携**が不可欠であり、我が国の看護教育でも課題となっている。患者に一定水準のケアを提供できる実践力を学生に身につけさせるには教員と臨床現場の指導者との協力による教育内容の検討と到達目標の明確化が必要である。しかしながら、開発途上国の看護実習の問題としてしばしば指摘されているのは、①現場でスタッフが不足しているために、学生が適切な指導を受けないま

ま、マンパワーとして患者にケアを提供してしまう、②学校の教員と臨床を指導するスタッフの間に、ほとんどコミュニケーションがない、③実習を指導する指導員の資格・要件が不明確であるなどの問題である。教員、実習指導者が相互に教育内容・指導内容に関心を持ち、協力していく体制を作り上げていくことが重要である。

教育環境の改善は、建物、教育用機材などのハード面と、それを活用・維持管理するソフト面の両方がなされなければならない。また、**教員の不足の解消**（教員一人当たりの学生が多すぎる状況の解消）や**学校運営の改善**も、質の高い教育を継続的に提供するために必須の要素である。

看護学生には授業料等費用を国等が負担している場合も少なくなく、教育途中でドロップアウトが多数出るとは、限られた資源の無駄になると同時に、計画通りの看護要員が養成されないことにつながる。学生に対する指導／カウンセリングの実施等によって中途退学者を最小限にする努力も配慮される必要がある。

JICAの取り組み

JICAのこれまでの看護教育に対する取り組みは、看護基礎教育に対する協力が中心であった。技術協力では、**看護教員に対する研修強化、カリキュラムの確立、教材の開発・作成**の3つが共通した成果として掲げられ、協力活動の中心となっている。教材の開発・作成においては多くの実績を残している技術協力プロジェクトが多く、特に「ホンジュラス看護教育強化プロジェクト」ではプロジェクトの協力によって作成された教科書が周辺諸国にも販売されるようになり、ある程度の経済的自立発展性が確保できたとともに、他ドナーの評価にもつながった。

プロジェクトの働きかけによって、それまで実習においてほとんどなかった教育と臨床の連携が活性化された例もある（「エルサルバドル看護教育強化プロジェクト」）。

対象校に対する無償資金協力による施設・教育関連機材の整備、プロジェクトによる図書の実質、学校の運営管理の改善支援は、教育環境の改善に貢献している（「エジプトカイロ大学看護学部プロジェクト」「スリランカ看護教育プロジェクト」等）。

各種の「委員会活動」の導入によって相手国側を事業のプロセスに巻き込み、関係者の合意形成による参加型意思決定を促進するアプローチは、自立発展性を推進する有効な手段として近年複数のプロジェクトで取り入れられている。

Box 2-1 インドネシア看護教育プロジェクト (1978~1985年)

〔関連案件：無償資金協力による看護教育開発センター(DCNE)及びウジュンパンダン（現在のマカッサル）看護教員養成校の建設〕

本プロジェクトの主な対象は看護教員養成校(SGP)4校であり、准看護師養成学校の教員の質的量的確保を目標とした。看護教育のためのカリキュラムの確立、教材の開発及び教育方法論の確立を図ることを目的とし、2年間の延長期間を含め、7年間の協力を行った。

エバリュエーション調査団報告書によれば、主な活動と成果は以下のとおり。

- ①1978年に初めて日本から長期専門家が派遣されてから毎年インドネシア側との協議合同委員会を重ね、カリキュラム開発に関する年間プログラムがつくられるようになった。改善委員会により専門科目が5分野に整理され、4校併せて内外科看護・公衆衛生看護・母性看護/家族計画・小児看護の4つのコースをもつこととなり、専門科目の教師の養成が可能となった。しかし、長期専門家派遣ができなかった精神科看護の専門科目はプロジェクト期間内の開設には至らなかった。
- ②当初はインドネシアの実態に沿った自作教材の開発が望まれ、看護教科書作成委員会及び看護教材開発委員会の設置について取り決めがなされていたが、インドネシア側の看護教育に携わる人材の不足により実現しなかった。このため、プロジェクトによる教材開発は、日本語や英語のテキストを翻訳、印刷、製本する作業が中心になった。このようななか、プロジェクト4年目に「看護学総論」の自作教科書が作成されたことは大きな前進であった。
- ③中堅技術者養成対策費による支援は主に教員養成との関連で、看護教育内容の充実強化を図ることを目的としたもので、カリキュラム開発・教材開発のための上級看護コース開催、教材開発、現任教員を対象として専門看護講習会、視覚教材開発講習会、図書館司書講習会が実施され、教員の能力開発、教育内容の充実に貢献した。

Box 2-2 タイ看護教育プロジェクト（1980～1987年）

（関連案件：無償資金協力によるスリマハサラカム看護大学建設 1983年）

本プロジェクトの目的は、看護要員及び看護教員養成のため看護教育カリキュラムの確立、教材の開発及び教育方法論の確立を図るというものである。当初1980年8月より5カ年の予定で開始されたが、2年間の協力機関延長された。延長された協力期間では、協力分野が①「看護教育研究」の結果取りまとめ、②スリマハサラカム看護大学強化（教育内容充実）、③視聴覚教材・教科書の開発の3点に集約化されることとなった。

主な活動と成果は以下のとおり。

①中堅技術者養成

中堅技術者養成の目的は、タイ国内の看護教育及び看護実践の水準を上げることであり、本プロジェクトの開始前から実施されていた。セミナーやワークショップの形態ですすめられ、AV教材作成と、タイ語のテキスト作成に主力が注がれた。新しい看護教育の知識・技術の交流の場となり、看護大学教員同士の意見や経験の交流が図られた。

②研修員受入れと帰国研修員の活動

研修員の選考は看護教育課で行われ、主に看護教育の専門家と若干の視聴覚教材製作・機器材料の管理の専門家が日本における研修を受講した。帰国後の看護教育専門家は、看護教育の行政官として、またタイ国内の4年制看護大学で学校管理者及び選任教員として看護教育に従事している。また、帰国後研修員はタイ国内の中堅技術者養成のためのワークショップで指導的役割を果たし、日本から派遣された短期専門家と協力し、調整的役割を担当し、テキスト・スライド・ビデオ教材の作成にも専門領域別に積極的に参加するなど、研修による成果の波及に努めた。

③看護教育研究

1980年から実施された4年制看護教育の長期の評価研究を1981～87年に実施し、日本人短期専門家の指導による研究手法の導入がなされ、論文完成に結びつけた。調査内容は、看護職に対する学生の意見、学生の学習達成に関わる教育条件や要因に関する学生の考え方等であり、調査結果は教育面に反映・活用された。教育・研究・行政に不可欠な看護統計資料は不備であった。

④スリマハサラカム看護大学に対する技術協力

同大学の体育館兼講堂は学内の行事のほか、地域社会の文化、保健教育などの活動に利用された。発足間もないこともあり、看護教員当たりの生徒数が看護大学平均より多い、若い看護教員が多く、臨床経験・教育経験の不足が見られる、実習病院並びに患者数が十分に確保されていないなど、課題はあった。

「パキスタン看護教育プロジェクト」では、卒後の看護教員養成及び専門看護教育に対する教育を行っているが、女性の地位・看護師の地位が低く、プロジェクトの活動には困難が伴った。

Box 2-3 パキスタン看護教育プロジェクト 1987～1990 年、フォローアップ期間 (1990～1992 年)

(関連案件：無償資金協力による看護大学施設建設 (1984, 1985 年))

パキスタン国では、当時医師の数 20,000 名に対し、実働看護師数は 6,000 名弱と逆転現象を呈しており、看護師が不足していた。このような背景からパキスタン国政府は基礎看護教育に従事する看護教員と近代的医療サービスに適する看護技術を有する専門看護師の養成を進めるため、無償資金協力による施設建設に引き続き、我が国に対し、卒後看護教育に係る技術協力を養成してきた。

協力対象の看護大学は、1987 年に開校し、プロジェクトは①看護大学の運営管理の向上、②卒後看護教育に係るカリキュラム・教育技法・教材の開発、③臨床演習に適した施設の確保を目的とし、長期専門家が派遣された 3 コース (小児看護、手術室看護、公衆衛生看護) に関するカリキュラム、教育技法、教材開発は相当の成果が上がったと認められた。しかし、ICU/CCU 看護、病棟管理・看護教育の両コースについては十分な技術協力を行うことができなかった。

1990 年の評価調査報告書には、効果発現を妨げた要因として、以下があげられている。

- ①国全体の女性の地位の低さ、看護職の地位の低さから、看護職の志望者が少ない。こうした社会的背景から看護師自体の数が少なく、どこの病院でも人手不足のため、病院関係者は看護教員・専門看護師の養成の必要性は理解しながらも、候補者を研修に出せないというのが一般的な状況である。
- ②保健省、パキスタン看護協会等の政府関係機関から、本校の卒業生に対する、卒後の待遇改善に関する保証がなされていない。病棟管理看護教育のコースの修了者は、卒後看護教員として認定され、看護職としてのグレードが上がるため、給与等の待遇も改善されるが、他の 1 年コースについてはこうした措置が取られておらず、本校を卒業しても、待遇面では何らメリットがない。これらの事情が大学の定員に対して学生数が不足しているという現象の原因となった。
- ③パキスタン側 (医科学研究庁及び看護大学) の予算、人事上の問題。看護大学は医科学研究庁の中では発言力が弱く、カウンターパートとなる看護教員の備上 (増員) のための人件費の十分な配分はなされておらず、看護教員の増員を難しいものとしている。
- ④臨床実習の現場における看護職に対する認識・理解の低さと看護水準の低さから、看護大学の各コースの講義において示される看護師の役割、業務が、臨床実習の現実の場には適用しにくい。このことは、間接的に、看護大学の卒業生が卒業後、職場 (病院) に戻った時に、新たな知識や技術を生かすかという問題にもつながっている。

「エジプトカイロ大学看護学部プロジェクト」(1994～1999年)は、無償資金協力による施設建設・機材供与(1990～1993年)に続いて開始された。カウンターパートの潜在能力が高いと判断されたため、ほとんどの日本人専門家は短期派遣で対応した。看護教育方法とカリキュラムの改善、看護教育研究への支援、学部運営への支援、看護実習施設の指導者看護師の技術の向上、図書館の充実のための活動が行われた。

「ホンジュラス看護教育強化プロジェクト」(1990～1995年)、「エルサルバドル看護教育強化プロジェクト」(1997～2002年)は無償資金協力との連携案件ではないが、プロジェクト期間中に基盤整備費で看護教育研修センター(エルサルバドルでの名称は看護研修センター)が建設され、各種セミナーの開催や教材開発等に活用されている。両プロジェクトとも対象の看護師養成学校で看護教育を行う教員をターゲット・グループとし、看護教員への教育の改善・教育方法の改善を活動成果に上げている。プロジェクトが媒介となって当該国の看護関連機関(stakeholders: 看護補助員養成学校、大学看護学科、看護師協会、保健省、国際協力庁等)のコミュニケーションが活性化したこと、自立発展性が確保された点も高く評価されている。「エルサルバドル看護教育強化プロジェクト」は、「教育の標準化」「教育と臨床の連携の強化」を活動の前面に出し、その後の類似案件形成において参考とされている。

Box 2-4 ホンジュラス看護教育強化プロジェクト 1990～1995 年アフターケア協力 (1998～2000 年)

ホンジュラスの農村地域では保健サービスの担い手である看護師が絶対的に不足しており、その技術水準も低いことから、住民の保健ニーズに十分対応できないでいた。本プロジェクトは、保健省管轄の看護補助員養成校（3校）及び国立自治大学医学部看護学科（正看護婦教育、3校）を対象に、看護教育を行う教員をターゲット・グループとして、看護教育理論・方法の改善、カリキュラムの改善、教科書作成技術の向上を目的とした。さらに、プロジェクト期間中に基盤整備費で看護教育研究センターが建設され、当センターを中心に各種セミナーの開催や各種教材の開発等により看護教育の向上に資した。

(1) 主な活動とアプローチ

- ①プロジェクトの活動は、教育環境整備（教室・学内実習室の拡充等）から始まり、次いで教授法・学習課程の現状分析のあと、各種セミナーの企画・開催によって授業計画（実習を含む）の立案・実施・評価等の強化が図られた。プロジェクト開始当初の教材は極端に不足し、授業形態も教員個人の資質に委ねられていた時期と終了時評価時点を比較すると、看護教育理論及び技術の展開において、教員のレベルは飛躍的に改善された。また、カウンターパートとともに開発された様々な教材の利用によって、教授方法の展開はより効果的となった。
- ②プロジェクト開始当初は、看護補助員養成のためのカリキュラム改正の検討が既に開始された時期でもあり、プロジェクトはカリキュラムの概念枠組みの導入についてのアドバイスや、カリキュラムの展開・分析評価についてのセミナーを開催してカリキュラム改正の援助を行った。ホンジュラスの看護教育制度においては、1年間の社会奉仕が義務付けられているが、「教員・現場・学生の三者が社会奉仕の教育的意味と位置づけを認識し、よりよい実施が行われる」よう改善に向けて努力がなされた。すなわち国内委員会、地区委員会が組織され、プロジェクトは社会奉仕実施規約の検討、印刷、発行を奨励し、また、卒業生の業務強化対策としてオリエンテーションの実施や実習中及び終了時の実施評価会の開催を援助した。
- ③プロジェクト開始当初から教材作成に必要な機材が供与され、その使用法と教材作成についての研究会が実施された。また、ビデオについては帰国研修員を核としたビデオ教材作成グループが組織され、専門家の援助を受けて作成可能なレベルまで到達した。ホンジュラス初の看護教育のための教科書作成であったため、まず教科書作成委員会が発足した（構成員は看護補助員養成校の代表者）。テーマ別に各校が作成責任をとることとし、プロジェクトは教科書作成の基礎となる事柄に関するセミナーを企画・実施した。1994年8月にホンジュラスにおける第1号の教科書として「国の現状」が完成したほか、基礎科目「食糧保障」「母性看護」「成人看護」「小児看護」が作成された。作成した教科書販売によりある程度の経済的自立発展性が確保できたとともに、他ドナーの評価にもつながった。

(2) 効果発現促進要因

- ①プロジェクトが実施された時期と、ホンジュラスの看護補助員のカリキュラム改正時期が一致し、タイムリーな協力ができた。
- ②プロジェクトによって看護教育の stakeholders（看護補助員養成校、大学看護学科、看護師協会、保健省、国際協力庁等）の間の交流・調整が促進された。

Box 2-5 エルサルバドル共和国看護教育強化プロジェクト（1997～2002年）

エルサルバドルは、1980年から92年まで続いた内戦のため、保健・医療体制整備は大きく遅れ、特に貧困層においては、妊婦、乳幼児の死亡率が依然高い状況にある。このため、同国政府は、国民の保健医療に直結する看護師（准看護師・看護師・学士看護師）の人材育成を急務とし、日本に対して技術協力プロジェクトを要請した。これを受けて、1997年6月より5か年、看護教育の質の向上を目標として、本プロジェクトが開始された。本プロジェクトは6つの看護師養成機関（同国の軍の養成機関を除くすべての看護職養成機関）をプロジェクト対象校とし、ターゲットを看護教員として、看護教員に対する教育の改善、看護教育の標準化、教育と臨床の連携強化、教育環境の改善を目的とした。

(1) 主な活動とアプローチ

- ①プロジェクト開始前には盛んではなかった看護教員に対する研修が活性化し、研修出席率は90%を超え、習得事項が教育に活かされた。
- ②プロジェクト開始前には標準カリキュラムはなく、授業科目・時間数・看護教員数等は学校間で大きく異なり、教材は著しく不足していた。作成された3課程のカリキュラムは教育省により承認され、標準カリキュラムとなり、教材・ビデオも多数作成された。また、看護教員の資格と採用要件に関する提案書も作成され、看護職能理事会と全プロジェクト対象校に提出された。
- ③作成された教育・臨地連携モデルに基づき、全対象校において教育・臨地連絡協議会が実習前に開かれ、調整が行われるようになった。以前は全くなかった臨床側の協力が得られるようになった。
- ④看護基礎教育終了後、社会奉仕に従事する前に客観試験（認定試験に相当）が導入されるようになり、看護人材養成政策の改善に貢献した。
- ⑤対象校における教育環境に関する調査を実施し、調査結果に基づき常勤講師数の増加を提言した結果、民営化された4校が2～4名の教師を増員した。
- ⑥委員会・学習会の導入、機材利用・管理方法に関する講習会開催、6か月ごとにモニタリング・ワークショップを実施することにより、自立発展の推進につなげた。

(2) 効果発現に貢献した要因

- ①プロジェクトに対する熱意（オーナーシップ）
プロジェクト開始時、エルサルバドルは内戦後の復興期のため人々の志気が高かったことや、高等教育法の制定により看護教育の革新を進めなければならなかったことなどが、プロジェクト活動を推進にとってプラスの要因として働いた。
- ②対象校設定にあたっては、当初 JICA 本部より、モデル校の設定による協力の提案があったが、エルサルバドルの規模と国全体の看護教育レベルの向上を図ることを重視し、すべての看護師養成校を対象とする計画を作成した。このことにより、早期の上位目標の達成が見込まれる。

③PDM の導入・使用

2000年5月の中間評価の時点でPDMが導入され、当初策定されたマスタープランに整理／変更を加え、新たに自立発展のための活動が追加された。PDMの使用は、プロジェクト目標の明確化、関係者の理解の共有に資した。また、それに沿った定期的（6か月ごとの）モニタリング・ワークショップや評価は、プロジェクトの進捗管理に有効であったとともに、関係者同士のコミュニケーションの円滑化に役立った。

④「委員会活動」がもたらした移転技術の定着・普及

プロジェクトでは教本、指導案などをテーマに各種の研修が実施されたが、研修実施にとどまらず、有志が各課題に基づいた8つの委員会（カリキュラム・教授案作成、教科書作成、ビデオ教材作成、教育・臨地連携など）を結成し、具体的な成果物につなげていった。多数の委員会を組織し、活発に活動することは、移転技術を定着・普及させるために有効であった。また、看護教育者及び臨床看護婦を対象とした全国的なセミナーを実施し、終了時に目的・活動方法等の説明、希望者の活動継続の意思の確認を行ったことで、臨床看護師の活発・長期的な委員会参加が可能となり、教育・臨地の連携強化に貢献した。

⑤カウンターパートの本邦研修の有効活用

プロジェクトの開始当初より、看護サービスの質を保つために国家試験の導入が必要であると専門家がカウンターパーに繰り返し説明していた。その後、本邦研修から帰国したカウンターパートが、日本の国家試験を具体的に理解して帰国したことで、同国における認定試験に相当する客観試験の導入に向けての急速な進展につながった。

Box 2-6 ウズベキスタン看護教育改善プロジェクト（2004年～2009年）

JICAは、ウズベキスタン共和国において、2004年7月から5年間の予定で「看護教育改善プロジェクト」を実施している。これは、「client-oriented nursing」（利用者に寄り添う看護）に基づいたカリキュラムと教材の改善、及び看護教員を対象とした看護教育方法の再研修からなる、保健省立の医療専門高校への「client-oriented nursing」に基づいた看護教育導入のためのモデルを確立することを目的としているプロジェクトである。

ウズベキスタンは、1991年に旧ソ連から独立し、1998年11月「保健制度改革についての大統領令」に基づき保健制度改革を進めている。その重点課題の一つに、医療従事者教育の高度化として、1999年から看護教育制度改革が開始された。これは、同国が先進国の保健医療システムを分析した結果、専門的訓練を受けた看護師が国民の医療に重要な役割を果たしていることが明らかとなったため、世界的水準の看護を導入することにより看護の発展を促すことでその機能を十分に生かし、国民への医療サービスの向上を図ろうとするものであり、そのための看護教育改革の必要性を認めたことによるものである。

同改革に基づいて同国の看護教育は、一般教育後の看護学校を3年生に統一、その後の教育機関として3年生の看護学科を医学部に併設、2005年までに国内の看護学校のすべてがカレッジ（職業高校）へ昇格する予定である。

本プロジェクトは、こうした保健制度改革の流れに沿って、これまで医師の補助者としての位置づけであった看護師の役割を見直して、教育面からのアプローチを行うものであり、疾患別ではなく対象者別の、国際的な潮流に合った看護カリキュラムに改革するための足がかりとなるものである。

中間目標2-1 看護基礎教育の質の改善			
中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	事例*	JICAの主たる事業
看護教員の質の向上	◎教員に対する技術指導／研修 ×教員に対する学位取得プログラムの実施 △教員に対する適切な評価の実施 ×報奨制度の確立 ×教員に対する待遇・保障制度の改善	1, 2, 4 5, 6, 7 9, 14, 47 72	・看護学部の新設／拡充支援（技プロ、第三研、本邦研） ・教員に対する研修の実施・トレーナーズ・トレーニング（技プロ、本邦研） ・講習会の実施（技プロ） ・教員同士の交流強化（技プロ）
基礎教育の標準化	◎カリキュラムの開発・普及 ◎学習指導案の作成 ◎教材の開発 △適正学生数規準を順守する ○他ドナーの支援活動との調整 ×カリキュラムの評価研究	1, 2, 4 5, 6, 7 9, 14, 31 35, 36 43, 46	・カリキュラムの開発指導（技プロ） ・研修コースの実施（学習指導案作成、教本作成、教材作成）（技プロ） ・教材作成支援（技プロ、JOCV） ・委員会活動（学習指導案作成、教本作成、教材作成）（技プロ） ・資格に関する提案策定（技プロ）
教育と臨地の連携改善	◎実習の現状調査を実施 ○教育と臨地の連携強化に関する研修実施 △臨地医療従事者等が教育の計画・実施・評価に参加できるメカニズムの構築 ○教育・臨地連携モデルの作成	5, 6, 7 9, 12, 32 34, 50, 62	・実習の現状調査の実施（技プロ、JOCV） ・モデル校・病院における教育・臨地連携の実施（技プロ）
教育環境の改善	◎教育施設・設備の増改築 ◎教育用機材・実習機材の整備 ◎図書館の整備 △教員の不足の解消 ○学校運営管理の改善	6, 7, 13 15～30 58, 62	・教育施設の整備（無償、技プロ） ・機材の整備（無償、技プロ） ・機材の使用・活用法の指導（技プロ、無償） ・図書の提供、司書の研修（技プロ） ・教員の不足の解消 ・学校運営指導（技プロ）
自立発展のための活動の推進	◎各課題に基づいた委員会・学習会の実施 ○機材の利用と管理方法についての研修会の開催 ○定期的モニタリングの実施		・委員会・学習会の実施（技プロ） ・機材の利用と管理方法についての研修会の実施（技プロ、無償）
学生への個別指導の実施	△学生に対する指導／カウンセリングの実施 ×評価システムへの提言		・学生に対する指導（JOCV）

注：プロジェクト活動の例

◎→JICAの看護教育協力事業において比較的事業実績の多い活動

○→JICAの看護教育事業において事業実績のある活動

△→JICAの看護教育事業においてプロジェクトの一要素として入っている活動

×→JICAの看護教育事業において事業実績がほとんどない活動

*付録1. 主な協力事例の表A1-5、6、7、8、9、10、11の案件Noと対応。

中間目標3 雇用・配置された人材の活用・能力向上：継続教育の強化

継続教育においても基礎教育と同様、トレーナーの強化、カリキュラムの確立、教材開発・作成が重要な活動の要素となるが、継続教育をプロジェクトで効果的に実施するためには、トレーニング・ニーズ・アセスメントによって、どの分野の知識・技術が不足しているのか（専門的分野なのか、全般的底上げなのか、管理能力なのかなど）を把握し、教育／研修実施計画を立てる必要がある。その際、既存の研修プログラムの現状分析を行い、他ドナーが類似の研修を実施しているか、計画があるかどうかを把握し、調整することが必要である。

また、専門看護等の卒後教育に対する支援を検討するにあたっては、ニーズを把握するとともに、修了後に専門能力を活かすための制度的・社会的受け皿があるかどうか、ない場合は、相手国側が適切に対処する準備があるかどうかを事前に把握する必要がある。

研修プログラムは事前に審査され、技術や知識の実践性・現実性を考慮したうえで決定されるべきである。研修生の選抜にあたっては、研修内容・職務内容・研修後に組織にとどまる見込みがあるかなどを考慮して決定すべきであるとともに、過疎地の小規模な保健医療施設に勤務するスタッフが研修を受ける機会から取り残されることのないよう、配慮すべきである。

さらに、継続教育に関するデータベースを作成し、看護・助産人材のデータベースとリンクすることで、研修参加者の選抜やモニタリング・評価に役立てるとともに、政策提言等に活用すべきである。

JICAの支援においてはこれまで例がないが、他ドナーや欧米・豪州の大学の中には、奨学金や遠隔教育、通信教育によって、大学院レベルの教育強化、研究機能の強化を支援している例もある。

JICAの取り組み

現職の看護・助産人材に対しては、JICAは様々な課題別プロジェクト／プログラム（母子保健対策、拡大予防接種プログラム、エイズ・マラリア・結核対策等）を通じて現任教育（in-service training）に対する支援を行っている。

技術協力プロジェクトで行われる継続教育に対する支援は、派遣専門家が実施する技術移転・研修、日本へのカウンターパート等研修員の受入れ、現地国内研修、第三国研修などが組み合わされて行われている。

卒後教育に対する協力事例としては、「インドネシア看護教育プロジェクト」で看護教員養成校を主な対象とした支援を、「パキスタン看護教育プロジェクト」で看護教員養成及び専門看護教育に対する協力を行っている。

看護教育に特化した事例ではないが、「インドネシア南スラウェシ地域保健強化プロジェクト」では、助産師／看護師を含む医療従事者の人材育成と地域保健計画策定・実施に関する技能向上を目的として、問題解決志向型アクション・リサーチ手法を導入し、問題分析能力・解決能力の向上を達成した。

現在進行中の「パラグアイ国南部看護・助産継続教育強化プロジェクト(2001年2月～2006年2月)」は、同国南部3県における母子保健サービスに関する看護及び助産人材の継続教育システムが確立され、機能することをプロジェクト目標としている。県ごとに既存の継続教育プログラムを確認し、現状分析を行うなかで、基礎教育・資格認定の問題点が明らかになり、基礎教育・資格検定試験に関する提言を活動に加えることになった。活動としては継続教育研修カリキュラムの作成・教材作成・研修コース指導者の養成と検定試験委員会・継続教育委員会・実施委員会の委員会活動が中心となっている。また、看護・助産人材のデータベースを作成し、研修のモニタリング・評価に役立てている。

当プロジェクトの対象県の一つであるニェンブク県には、2004年12月にJOCVの看護師隊員2名、助産師隊員1名が着任しており、プロジェクトにより研修を受けた地元の准看護師が内容を実践できるようJOCV隊員にフォローアップしてもらおうという連携が検討されている。

Box 2-7 パラグアイ国南部看護・助産継続教育強化プロジェクト (2001～2006年)

パラグアイ国政府は、すべての国民が高品質かつ平等な保健医療サービスを受けられる社会を目指し、社会福祉厚生省主導のもと保健医療政策の改革を行っている。しかし、同国南部地域においては、農村人口の割合が高くかつ人口が散在しており、医療改革の遅れが顕著となっている。そのため、同地域における保健医療サービス増進のため、看護並びに参加分野の人材強化を目指して本プロジェクトが開始された。

当初プロジェクトでは、南部2県(ニェンブク、ミシオネス)において、看護職者、助産職者を対象に、「乳幼児健診」「リプロダクティブヘルス」の2科目の研修を実施していた。県別に5～8名のファシリテーターを選別し、彼らに対する指導者研修(TOT)を実施したあと、専門家が支援を行いつつ、ファシリテーターを主体として各県の対象者に技術移転する手法を採っている。

2003年度以降は南部地域での研修活動を活発に実施する一方で、中央レベルで厚生省を中心とした関係機関による継続教育システム確立のための各種活動を実施している。他方、2004年度の運営指導調査(4月)及び中間評価調査(10月)において、パラグアイ国内の看護・助産人材の持続的な能力開発を妨げている要因として、主に次の3つが指摘された。

- ①養成過程における基礎教育のレベルが標準化されていない。
- ②継続教育が制度化されていない。
- ③卒後研修の機会が体系的に提供されていない(卒後研修の機会がない)。

特に②については、資格・登録のための全国レベルの検定制度が存在しないことが、看護助産職に関する各種養成機関(大学など)で提供される教育の質の低下をきたす要因であるとも分析されており、これらを受けて、中間評価時に以下のプロジェクト・デザイン変更を行った。

- ①協力対象地域の拡大(2県→4県)
- ②看護・助産継続教育の制度化に向けた取り組み(アスンシオン看護・助産継続教育センターの設立等)
- ③看護・助産職者を対象とする全国検定制度の創設に向けた取り組み
- ④中間評価調査以降は、継続教育制度化に向けた土台作り(カリキュラム、研修プログラム、教材、評価モニタリング等「継続教育コンテンツ」の作成・標準化)を進めるとともに、社会福祉厚生省や地方のファシリテーター、看護大学教員等で看護・助産職者検定制度検討

現職人材の研修履歴のデータベースを作成した先行事例としては、「ガーナ母子保健医療サービス向上プロジェクト」がある。

Box 2 – 8 ガーナ母子保健医療サービス向上プロジェクト（1997～2002年）

保健省職員の能力向上のために、3つの重点州において、全国的に適用可能な現職研修の中核システムの構築支援、すなわち、現職研修に係る情報システムの構築、研修手帳の作成、研修コースの分類、州研修センターの整備等を行った。3つの重点州において、情報システム、履修指針、モニタリング・評価システムという現職研修システムの中核がほぼ確立され、体系的現職研修情報システムが3州保健局において統合され、機能している。これにより、郡・州レベルで行われる現職研修の実態がデータとして収集され、分析できるようになり、将来の保健サービスの質の改善に活用されると期待できる。

Box 2-9 サウジアラビア女子看護指導者能力強化プロジェクト (2005~2008年)

サウジアラビア国内で従事している看護師全体に占める、サウジアラビア人看護師の割合はおよそ25%であり、これまでほとんどが外国人看護師に依存してきた。現在、同国政府はサウジアラビア人女性の社会進出を促進するために、サウジアラビア人女性を対象とした看護教育の改善に力を注ぎ、同時にこれまで看護教員のほとんどを占めていた外国人看護教員の契約完了を契機として、サウジアラビア人の看護教員の登用に切り替えている。また、臨床看護師のサウジアラビア人化も進められ、短大等におけるサウジアラビア人の看護師養成数も増やす方針としている。しかし一方で、特に大部分を外国人が占めている臨床看護の現場においては、サウジアラビア人看護師の多くが、大学卒業後に臨床経験のないまま看護師長等の指導的役職に就くため、臨床で問題が発生した際に適切な対応・指示を行えない、また部下に対して適切な臨床看護指導を行えないなどの弊害が生じている。

このような背景を踏まえ、我が国ではサウジアラビア国の要請を受けて、1999年に2名の看護教育専門家を現地に派遣し、またその後2000年からは3年間、国別特設研修「女子看護教育」を行い、サウジアラビア人女性看護指導者に対する研修を実施してきた。この研修において、同国の看護教育制度の内容改善に向けての行動計画が作成されたが、その中で、同国の臨床看護のレベルアップ及び臨床での継続教育の重要性が指摘された。

このため、同国政府は各病院においてサウジアラビア人女性看護師に対する適切な教育が行われること、また、十分な臨床技術を持ったサウジアラビア人女性看護師が創出されることを目的とした技術協力プロジェクトの実施を我が国に要請し、2005年4月より、標記プロジェクトが開始されることとなった。

本プロジェクトにおいては、計3つの地域拠点病院を選び、各拠点病院のサウジアラビア人女性看護指導者を対象に、年に一度現地でワークショップを開催するとともに、本邦研修を実施し、現任教育に重点を置いた継続教育プログラム等の理解を深め、サウジアラビア人看護師のレベルアップを目指すことにしている。

同国において看護職は数少ない女性の専門職の一つであるが、本プロジェクトの活動の結果、サウジアラビア人女性看護師の能力が向上することで、同国人看護師への切り替えがさらに進み、同国における女性の雇用機会が拡大されるという動きにつながることを期待できる。

中間目標3 雇用・配置された人材の活用・質の向上：看護継続教育の改善			
サブ目標	プロジェクト活動の例	事例*	JICAの主たる事業
継続教育プログラムの策定	○既存の継続教育プログラムの現状分析 ◎他ドナーの継続教育支援活動との調整（母子保健、リプロダクティブヘルス・プロジェクト等も含む） △ニーズ・アセスメントの実施 ◎継続教育研修カリキュラム／モジュールの作成	3, 12	・ Training needs assessment（開発調査、技プロ） ・ 研修カリキュラム／モジュールの作成（技プロ）
継続教育プログラムの効果的实施	○実施委員会の設立・運営 ◎教材の作成 ○研修参加者の選抜基準の設定 ○研修のモニタリング・評価	12, 13	・ カウンターパート研修（技プロ） ・ 研修コースの実施（技プロ、本邦研修、第三国研修、現地国内研修）」
継続教育に関するデータベースの構築	△看護・助産人材のデータベースの作成 △上記データベースに継続教育データを組み込む ×データの免許更新への活用 ×データの政策提言への活用	12	・ 研修対象グループ・参加者のデータベースの作成（技プロ）
管理者の育成	○看護リーダーの育成	64, 65, 73	
現場でのパフォーマンス向上支援	○臨床現場の問題分析の実施 △職場の環境改善提言 ×パフォーマンス評価システムに関する研修実施 ×看護職の保健医療分野における地位向上支援 ×看護職者を束ねる職能団体としての看護協会への支援		・ 技プロ ・ JOCV
大学院レベルの教育強化	×遠隔教育 ×奨学金 ×看護研究		

注：プロジェクト活動の例

◎→JICAの看護教育協力事業において比較的事業実績の多い活動

○→JICAの看護教育事業において事業実績のある活動

△→JICAの看護教育事業においてプロジェクトの一要素として入っている活動

×→JICAの看護教育事業において事業実績がほとんどない活動

* 付録1. 主な協力事例の表1-5, 6, 7, 8, 9, 10, 11の案件Noと対応。

第3章 JICAの協力の方向性

3-1 JICAが重点とすべき取り組みと留意点

(1) 基本的考え方

保健医療分野はMDGsや人間の安全保障に深く関わる分野である。HIV/エイズ、感染症対策、母子保健等縦断的な対策プログラムに多くのリソースが差し向けられているが、これらの対策プログラムを動かし、実際にサービスを提供するのは保健医療分野の様々なマンパワーであり、その中でも看護・助産人材は重要な役割を担っている。看護教育の強化を通じて、看護師・助産師のキャパシティ・ビルディングを図ることにより、直接的・間接的にMDGs達成に貢献する。これまでJICAは様々な看護教育の改善を目指した事業を実施してきたが、今後とも本分野への協力を継続していく。

また、看護教育の目的は看護サービスの拡充であり、看護サービスの拡充の目的は保健医療サービスの拡充による、健康の保持増進である。保健医療サービスは、多種多様な保健医療従事者により提供されており、業務の分担は国によって大きな差異がある。また、業務分担が明確に定められていない国や、養成教育を受けていないのに、看護職として就労している例もある。したがって、対象国の看護職の職務内容など看護分野全般の状況や課題を明確に整理し、日本の比較優位やリソースを考慮し、JICAによる介入範囲やアプローチを選択するのが望ましい。

(2) JICAが重点とすべき取り組み及び留意点

1) 看護教育のアプローチ

看護教育のアプローチは、「看護基礎教育」「看護継続教育」の2つに類別できる。どちらのアプローチを選択するかは、対象国の看護の課題、自立発展性、日本の比較優位やリソース等を判断基準とすることが重要である。また、制度基盤が整っていない国では、いずれのアプローチを選択した場合でも、妥当性、有効性などが低くなるので、制度基盤の整備を、プロジェクト実施の前提条件とするなどの対策をとる必要性がある。

2) 看護基礎教育：間接的アプローチ

教員養成、カリキュラムの改善、教材の開発・作成は日本が最も貢献できる分野である。

日本では1951年以来、看護教育の標準化を図ってきており、看護職の免許を取得するための国家試験を実施してきた。さらに、1978年以来、厚生労働省看護研修研究センターにおいて、5年以上の実務経験のある看護師に対して1年間の看護教員養成を実施しており、カリキュラムの開発と評価、及び教育技法等に関して数多くの蓄積がある。

1980年前後からJICAが実施してきた数多くの協力案件で、これらの分野に関わる支援

を行い、実績を残してきた。また、同時期に無償資金協力によって整備された教育機材・視聴覚機材等は、教材の開発・作成、教授法の改善に効果的に役立てられてきた。今後はこれまでのプロジェクトで培った経験やノウハウを最大限活かしながら、他ドナーとの効果的な連携を図りつつ、協力と実施することが望まれる。また、技術協力によって相手国側が獲得したノウハウを「第三国集団研修」や「第三国専門家派遣」を通じて周辺国への普及を図っていく取り組みも、今後強化されるべきである。

看護基礎教育の向上は、看護職の量的・質的不足の改善に貢献するが、看護職の業務内容が規定されていなければ、教育内容の適正化が図れない。また、卒業生の就職率（雇用・配置）が低い場合には、看護サービスの拡充への貢献も低くなる。したがって、妥当性やインパクトを高めるためには、看護職の業務内容の明確化、及び人材養成・配置計画の見直しや作成が必要となる。

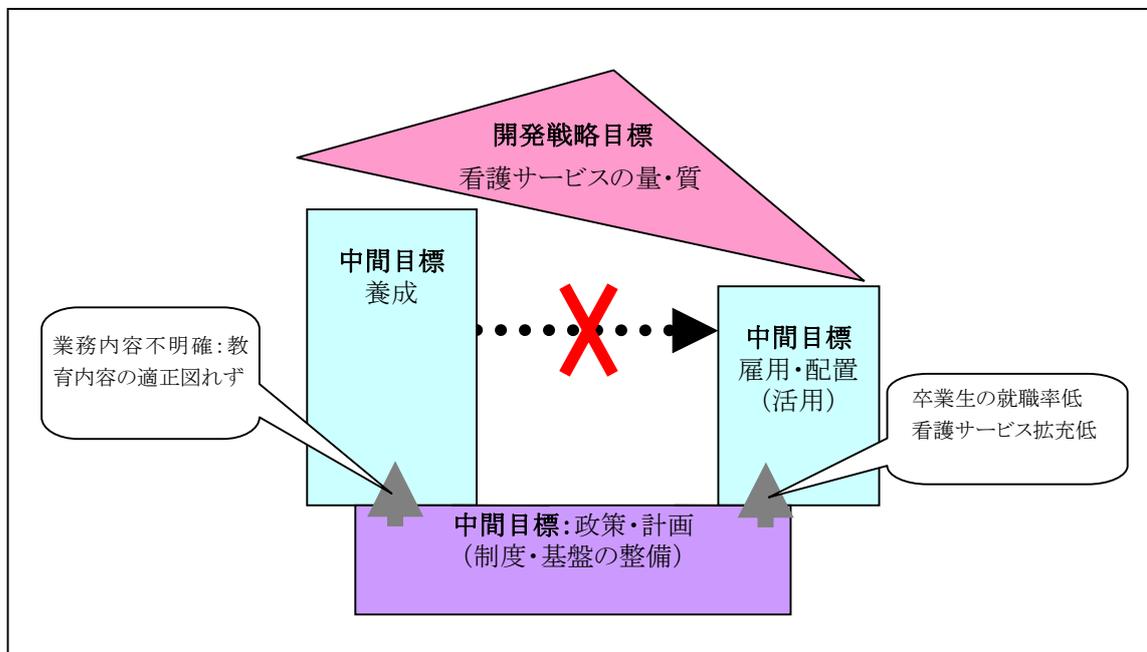


図 3-1 看護基礎教育の留意点

3) 看護継続教育：直接的アプローチ

看護サービスの拡充に直接的に貢献する。

看護継続教育、特に現任教育 (In service training) は看護サービスの提供者の質的向上に直接的に働きかけるため、妥当性やインパクト、有効性が高くなる。JICAはこれまで、病院内での看護職員教育の強化や、地域保健や感染症、リプロダクティブヘルス分野において、対象地域の看護職への教育を活動の一部として実施してきた。また、近年では看護職のみを対象とした、「パラグアイ国南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」や「サウジアラビア女子看護指導者能力強化プロジェクト」が実施されている。

看護継続教育は、看護サービスの拡充に直接的に貢献するが、看護基礎教育と比し

て、研修費などの費用がかかる傾向がある。特に、複数の施設から受講生を集める場合には、交通費や日当の支払いが問題となりやすい。また、人員配置数の少ない施設や、一人の看護職しか配置されていない施設などからの受講生がいる場合には、受講期間中のサービスの低下を回避することが必要である。

自立発展性を高めるためには、対象国の自己財源及び人材の確保が課題となる。対象国の財源の負担を軽減し、かつ効率（費用対効果）を高めるために、受講対象者、期間などを考慮し、経費は必要最小限に抑えた活動計画を立てることが重要である。また、専任のカウンターパートを得ることも、人材の確保につながる。

教育内容の選定には、まず看護職の職務内容が明確になっているかを確認する必要がある。そのうえで、研修の目的は一定レベルの質の確保にあるのか、知識・技術のアップ・デイトなのかなど、保健医療制度や疾病構造の変化にも注意しつつ研修目的を決定する。また、研修内容の業務への活用状況確認のためにも、研修受講後のモニタリングを実施することが望ましい。

4) 過去に実施した協力から得られた教訓

過去に実施した協力から得られた教訓を基に、以下4点に留意することが望ましい。

- a) 無償資金協力や機材供与事業は日本のODAの比較優位であり、効果的に活用することが望まれる。

他ドナーにおいては、施設設備や機材供与に使える予算が限られている場合が多い。技術協力を展開するにあたって無償資金協力や機材供与のスキームと連携を図ることができるのは、JICAにとって強みでもある。先進国と同様のレベルのものではなく、その国の実態に沿った、自助努力を促進するものが望ましい。技術協力による教育現場・臨床現場のニーズの把握がより無償資金協力や機材供与事業の内容に反映できる活用が望まれる。

- b) 女性の地位が低い国々に対する協力では、ジェンダーの視点が不可欠である。

イスラム諸国等の中には女性の地位が低く、看護師の仕事は「女性の仕事」と見なされ、看護師の地位が低く、卒後教育等で専門知識を身につけても十分に活用する制度的・社会的受け皿がなく、プロジェクトの効果発現の妨げになる場合もある（パキスタンの例）。ジェンダー間の差別や不平等がプロジェクトの阻害要因になることが考えられる国々への協力活動を計画する際には、ジェンダー関連の問題分析を必ず事前に行うことが重要である。

一方、女性の社会参加の機会が限られている国々においては、看護職は女性に開かれた限られた職業の一つであり（サウジアラビアの例）、女性看護師への研修参加への機会の提供等が女性の地位向上への一つの突破口となり得ることもある。

- c) モデル校／モデル地域でのパイロット的なプロジェクトについては、全国レベルへの普及への戦略的道筋を考案する。

プロジェクトによって作成された看護教育モデルを全国に展開させる計画がある場合は、JICAプロジェクトの協力期間（多くの場合5年間）だけで考えるのは適当ではなく、より長期的視野が必要となる。全国への普及は原則として先方政府が

自己責任で実施するものであるが、モデル地域での成果を全国レベルで定着させ、全国普及の足がかりを提供するため、協力期間中にも戦略的道筋を相手国側とともに考案し、必要に応じて支援を継続することは、JICAプロジェクトの効果を定着させるためにも重要である。

d) 保健省、教育省、職能団体などの関係者間との連絡・連携を促進する。

看護教育には、様々な関係者が関与している。看護学校も保健省の管轄下にある場合、教育省の管轄下にある場合があり、宗教関連団体やNGOによって運営される学校、民間に運営される学校がある国々もある。このほか、臨床現場としての保健医療機関、看護師協会（委員会）、助産師協会（委員会）等の職業団体、予算に関わる省庁、WHO、他ドナー等が関わってくる。これら関係者と積極的に連絡・情報交換を行い、必要に応じて連携・協力関係を促進していくことが重要である。

また、看護教育に対する協力案件の計画・実施に際しては、関係する医師の協力の取付けを行うことが重要であることも指摘されている。

3-2 今後の検討課題

看護教育の協力を展開していくにあたって、今後検討すべき課題は次のとおりである。

(1) 看護教育協力のための日本側専門家の確保

我が国の看護教育協力を担う日本国内の人的リソースには、看護系大学・短大の教員等の研究者、教育者、厚生労働省や医療機関のスタッフ、開発コンサルタントなどがあるが、いずれも不足している。看護系大学・短大の教員はこれまでの看護教育協力で中心的な役割を果たしてきたが、長期の開発途上国への派遣は困難であることが多く、短期派遣が中心であった。特に、今後の看護教育協力においては、行政支援型、学校運営等マネジメント支援型案件が増加すると思われるが、途上国の看護教育行政や学校運営についての知識や経験を有する日本人専門家は限定されているのが現状である。

今後の看護教育分野の案件形成にあたっては、人的リソースの確保についての配慮が必要である。また、これまでの協力案件によって育成された第三国専門家や現地専門家の活用を積極的に図ることが必要である。

(2) 異なる援助スキームの連携や他の保健医療のプロジェクトとの連携促進

従来、看護教育協力で多くみられた技術協力プロジェクトと無償資金協力の連携に加えて、「第三国集団研修」による周辺諸国への協力効果の波及は今後積極的に推進されるべきである。第三国集団研修は、技術協力プロジェクトによって技術移転が行われ、第三国専門家として活動できる人材を育成することができたことから、同様の問題を抱え、何年もの間明らかな改善が見られないまま現在に至っている近隣諸国に対し、当国の専門家による技術の普及活動を実施するものである。研修対象国にとっては、日本よりも疾病構造が似ており、言語や社会環境も類似の国で研修を行うことで、帰国後に学んだ知識・技術を適用しやすいことが期待できる。同様に、日本の技術協力で育成された開発途上国の機関や人材が、自国の人材に対して行う「現地国内研修」も積極的に活用す

るべきである。第三国専門家の活用は、日本国内の人的リソースを補う意味でも期待できるが、日本側、相手国側、専門家自身がプロジェクトの内容、目的、周辺事情、専門家のTOR(terms of reference)について十分理解を共有し、準備したうえで派遣される必要がある。また、これまであまり行われてこなかった、看護教育における技術協力プロジェクトとJOCVの連携は、隊員の役割・連携の目的を明確にしたうえで導入を検討していくべきであろう。協力隊員が技術協力プロジェクトと共同作業を行う経験を積むことで、将来の専門家の人材育成に結びつくという効果も期待できる。

さらに、母子保健・地域保健・病院支援型のプロジェクトなど、保健医療分野の他方面からの人材育成に関わるプロジェクトとの連携・ノウハウの交換も促進していくべきである。

付録1. 主な協力事例

付録2. 主要ドナーの看護教育に関する取り組み

付録3. 基本チェック項目

付録4. 地域別の看護教育の現状と優先課題

引用・参考文献・WEB サイト

巻末資料 用語・略語解説

付録 1. 主な協力事例

1-1 我が国の看護分野における援助の取り組みのはじまり

我が国の看護分野における本格的な国際医療協力は1960年代に始まったが、当初はNGOによる活動が中心であった。1960年に設立された日本キリスト教海外医療協力会(JOCS)は、1961年6月にネパールに初めて看護師2名を派遣し、2年2か月にわたる活動を行い、以後同団体はプライマリ・ヘルス・ケアを中心とした地域または病院での長期滞在型活動を行っている。1962年設立のアジア救済協会(既に解散)からは1965年に看護師4名がインドに派遣された。その後1980年代に続々と医療関係のNGOが設立され、これらNGO所属の看護職が開発途上国に滞在し、長期間あるいは緊急援助分野での国際協力活動に携わってきた。森ら(1997)の調査によると、1997年3月までに40のNGOから合計730名の看護職が派遣されており、また緊急援助分野での活動を中心とした日本赤十字社からは1997年1月までに194名の看護職が派遣されている¹。

これに対して、政府機関からは、1965年に青年海外協力隊(JOCV)が創設され、1966年に初の看護職隊員5名がインドに派遣された。以降JOCV看護職隊員と看護専門家が派遣され、開発途上国での医療協力を目的とした活動を行っている。

また、財団法人国際看護交流協会(INFJ)²が、1969年にトラベリング・セミナーとして開始した「看護国際親善旅行」〔1988年まで全20回、毎年夏1～2週間の日程で中華民国(台湾)、東南アジア諸国を訪問〕は、その後1973年から1996年まで継続された厚生省国際課の委託事業「東南アジア諸国等看護婦指導者研修」等協力事業のきっかけとなった。

1986年には日本において初の世界看護指導者会議(看護サミット)が開催された。この会議はWHOが主催し、日本側は外務省、厚生省、JICA、INFJが後援し、世界20か国から30名の看護リーダー、保健行政官が参加して、「世界のすべての人々に健康をもたらすための看護におけるリーダーシップ(Leadership in Nursing for Health for All)」のテーマのもとに開催された。

1-2 JICAによる看護教育における援助の取り組み

JOCVの活動

JOCVは1965年に創設され、翌1966年から看護職隊員(看護師、助産師、保健師の隊員)の派遣が開始され、現在春秋の年2回募集されている。

過去20年間(1985年～2004年11月)に保健医療分野のJOCV隊員は合計で3,248名が派遣されている。このうち看護職隊員は看護師838名(保健医療分野隊員の25.8%)、助産師265名(同8.2%)、保健師278名(同8.6%)の合計1,381名(同42.5%)であった。1985年以降の

¹ 森淑江他：「開発途上国から医療協力のために求められてきた看護職に関する研究」第19回国際協力学術奨励研究報告書、1997年12月、p. 6, 7.

² 国際看護交流協会は1968年に設立されたが、財団法人としての認可を厚生省から得たのは1971年2月であった。

看護職派遣隊員は、図に示すとおり、ゆるやかではあるが年々増加している。地域別ではアジア、中南米、アフリカへの派遣が多く、国別派遣人数が多いのは、ボリビア、インドネシア、セネガル、バングラデシュ、パラグアイ、マラウイの順になっている。

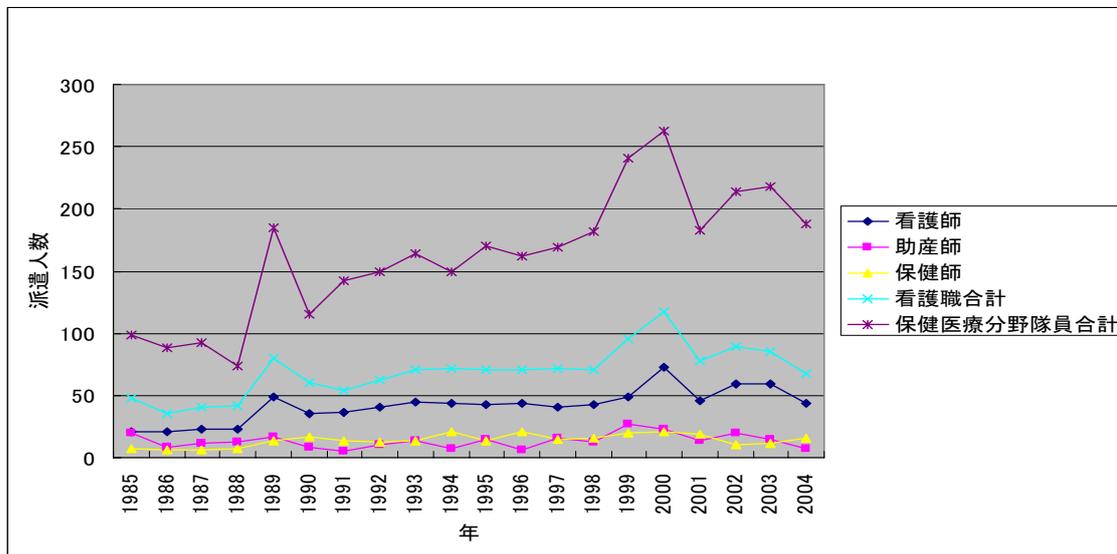


図 A 1 - 1 JOCV看護職隊員派遣数の推移（1985～2004年11月）

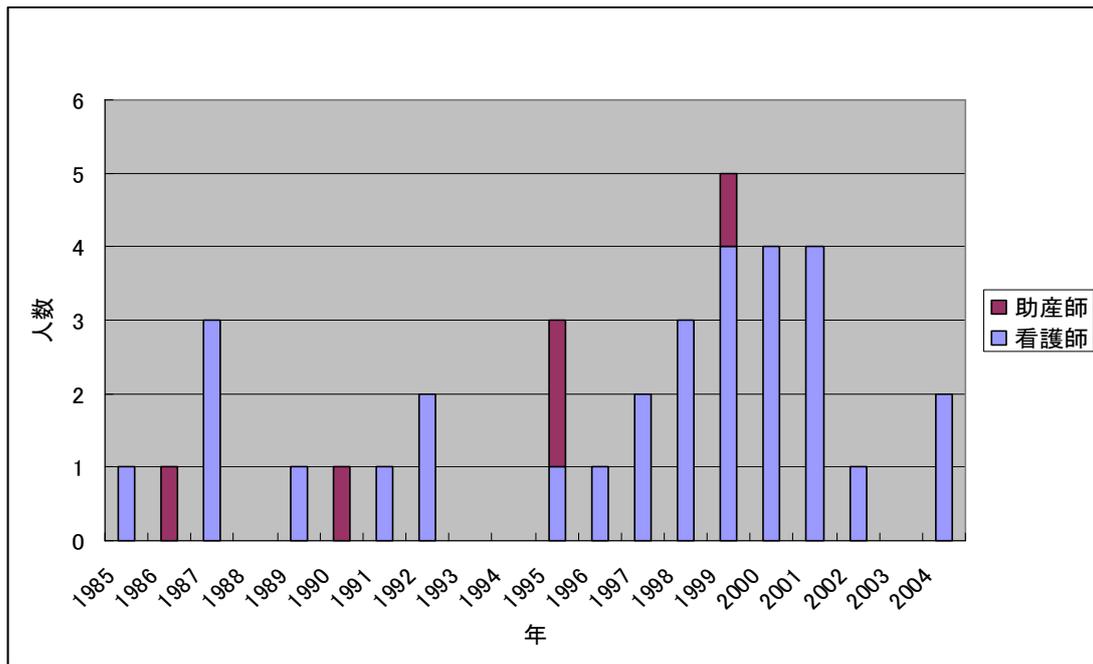
表 A 1 - 1 JOCV看護職隊員派遣 地域別人数（1985～2004年11月）

地域	看護師	助産師	保健師	地域別合計人数	地域別割合 (%)
アジア	302	81	87	470	34.0
中南米	238	53	92	383	27.7
アフリカ	147	98	69	314	22.7
太平洋州	111	23	22	156	11.3
中東	25	9	8	42	3.0
欧州	15	1	0	16	1.2
職種別合計人数	838	265	278	1381	100.0

表 A 1 - 2 JOCV看護職隊員の派遣が多い国々（1985～2004年11月）

国名	看護師	助産師	保健師	国別合計人数	国別割合 (%)
ボリビア	75	11	13	99	7.2
インドネシア	72	12	5	89	6.4
セネガル	46	21	22	89	6.4
バングラデシュ	35	10	23	68	4.9
パラグアイ	22	24	18	64	4.6
マラウイ	12	43	9	64	4.6
ラオス	40	15	3	58	4.2
ネパール	36	14	4	54	3.9
コートジボアール	23	20	10	53	3.8
中華人民共和国	50	2	0	52	3.8
その他の国々	427	93	171	691	50.0
職種別合計人数	838	265	278	1381	100.0

これらの人数には看護職教師の派遣人数も含まれているが、教師の派遣は1985年に初めて要請された。以降、2004年11月末までの間に看護学校、看護学部、看護学科、助産学校等の教育機関に配属された看護師隊員は30名、助産師隊員は5名と、看護職隊員全体からみると極めて少数である³。地域別では中南米地域に派遣された隊員が最も多く18名(51.4%)、次いでアジア地域15名(42.9%)であった。国別では中国の11名(31.4%)が最も多く、ボリビア・パラグアイがそれぞれ7名(各20.0%)と続いた。



(隊員派遣人数は隊員派遣時の年で教えている)

図A 1-2 JOCV看護教員派遣(1985~2004年11月)

これら隊員の配属先は、教員経験を有する隊員の派遣を希望している場合が多いのに対して、実際に派遣された隊員には教員経験がない場合も多く、現地の教員に対する技術移転など高度な専門知識・経験・語学力が必要とされることから、経験豊富なシニア・ボランティアの派遣での対応、技術協力プロジェクトとの連携・フォローアップ的な派遣など、目的・方針の検討の必要性も示唆されている。

技術協力プロジェクト+無償資金協力によるパッケージ支援

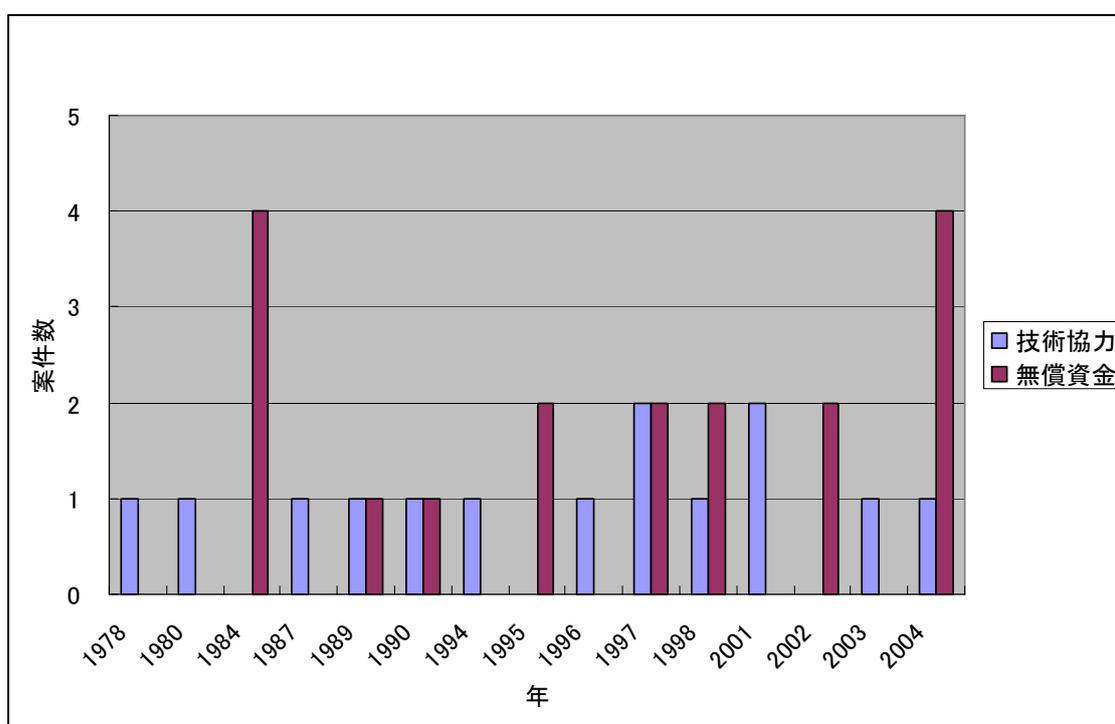
我が国の看護教育における技術協力プロジェクトは、1977年に初めてタイとインドネシアに医療協力調査団を派遣したことから始まった。政府間の調査、協議を経て、当時、プロジェクトとしては画期的といわれた無償資金協力(看護教育開発センターの建設)と技術協力を合わせた形のプロジェクトとして、1979年から「インドネシア共和国看護教育プロ

³ 30名の看護師隊員、5名の助産師隊員はすべてJOCV隊員で、シニア隊員の派遣はなかった。

プロジェクト」がスタートし、翌1980年にはモデル看護大学の建設と連携して「タイ国看護教育プロジェクト」が開始された。

以降、2004年までの間に看護教育に対する技術協力プロジェクトの案件は、9件が実施されている。さらに、同期間中に実施された5件の医療従事者の人材育成に対する技術協力プロジェクトの案件は、看護人材育成への支援を含んでおり、合計で14件の看護教育関連の技術協力案件があった。

無償資金協力では1984～2004年の間に看護学校に対する協力案件が10件、看護人材育成への支援を含む医療従事者の人材育成に対する協力案件が8件、合計で18件の看護教育関連の協力案件があった。地域別では、技術協力・無償ともにアジア地域が最も多く、中南米、アフリカと続く。



(案件数は実施開始年に数えている)

図A 1-3 看護教育関連の技術協力・無償資金協力案件（～2004年）

表A 1-3 技術協力の地域別案件数（1978～2004年）

地域	案件数	地域別割合 (%)
アジア	8	57.1
中南米	3	21.4
アフリカ	2	14.3
中東	1	7.1
合計	14	100.0

表 A 1-4 無償資金協力の地域別案件数（1984～2004年）

地域	案件数	地域別割合（%）
アジア	10	55.6
アフリカ	3	16.7
中南米	3	16.7
大洋州	1	5.6
中南米	1	5.6
合計	18	100.0

前述の「インドネシア共和国看護教育プロジェクト」（1978～1985年）、「タイ国看護教育プロジェクト」（1980～1987年）は、看護教員養成のための支援、看護教育カリキュラムの確立、教材の開発、教育方法の改善のための活動を行っている。両案件とも中堅技術者養成対策費⁴による現地での研修が効果的に実施され、教材開発、教員のレベルアップに貢献している。「タイ国看護教育プロジェクト」は看護大学を対象としており、当時新たに導入された4年制看護教育の評価研究を活動に含んでいるのが特徴である。

技術協力プロジェクトから第三国集団研修・現地国内研修へ

我が国は前述の「エジプトカイロ大学看護プロジェクト」に先立って、同国に対して「看護教育研究プロジェクト」（1978～1983年）による公衆衛生看護を主体とした支援、及び「カイロ大学小児病院」（1983～1986年）での臨床看護の技術移転を通じた看護師の人材養成協力事業を実施してきた。一方、1979年8月に訪日したブトロス・ガリ・エジプト外務担当国務大臣より、日本・エジプトが共同でアフリカ諸国の公衆衛生分野の指導者育成を援助する三角協力構想の提案があった。この三角協力構想の要請を受け、事前調査・実施協議を経て、第三国集団研修「看護教育」（1985～1999年、通算14年間）が、アフリカ地域の公衆衛生看護分野の指導者育成を目的に実施されている。

また、「ホンジュラス看護教育強化プロジェクト」は、現地国内研修「看護教員訓練計画」（1999～2000年3年間）でその成果を活用し、「エルサルバドル看護教育強化プロジェクト」は第三国集団研修「看護教育」（2000～2006年5年間）で、近隣諸国に対する当国の専門家による技術普及活動へとつながっている。

本邦研修事業

1980年代に入り、我が国のODAが増加するなかで、保健医療分野の技術協力も増大し、加えて東南アジア地域外からの要請も高まってきた。外務省、厚生省の協議の結果、厚生省からの委託事業であるアセアンを中心とした国を除く西アジア、アフリカ、中南米、中東など広範囲の地域を対象とした国々の中から、研修受入れについて継続性が見込めるこ

⁴ 現在、「中堅技術者養成対策費」という現地業務費はない。

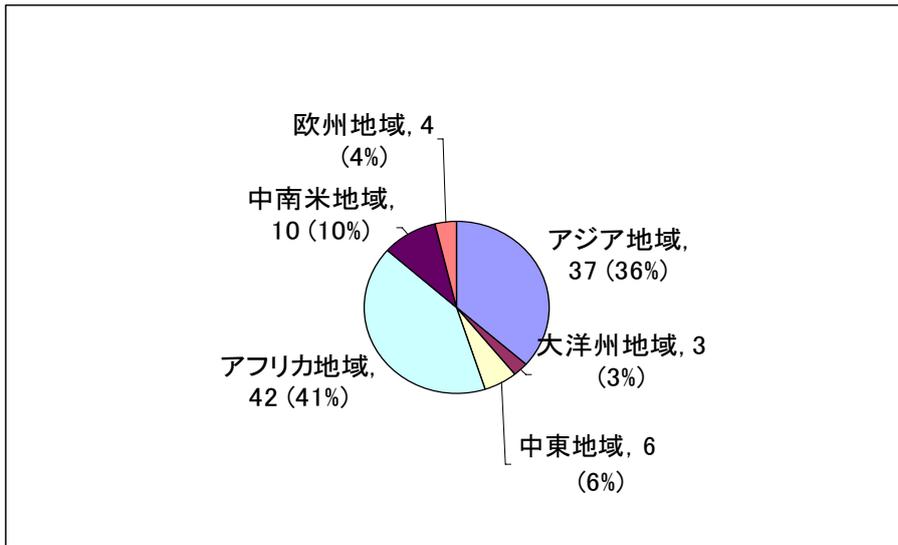
と、医療・看護のプロジェクトを行っているか、今後そうした計画のある国に対して、カウンターパート研修の一環として活用できる場合などに絞って、1986年から10～11か月間の「**専門看護**」研修をJICAの委託でINFJが実施することになった。本研修には1986～2001年に累計で102名の研修員が受け入れられている（図A 1－4）。

他方、「東南アジア諸国等看護婦指導者研修」のフォローアップ調査から日本での再研修を望む声が高いことが確認できたことから、1980年からは、隔年の再研修事業として、JICAからINFJへの委託による6か月間の集団研修「**看護管理**」研修が開始された。本研修には東南アジア諸国以外の諸国からも研修員を受け入れ、1980～2000年に累計で80名の研修員が受け入れられている（図A 1－5）。

上記「専門看護研修」「看護管理コース」は終了し、2002年度から両コースを統合した「看護指導者育成コース」（研修期間3～4か月）が開始されている。本コースは過去の研修評価をふまえ、開発途上国の看護指導者が直面する今日的及び将来的なニーズに応えるコースとして開発された。実務研修においては我が国の看護指導者〔医療機関の看護部長、副看護部長、師長、主任看護師（副師長）、専門看護師等〕の実務の実際を通して日本の看護管理の知識や技術を習得し、ひいては自国のニーズに合った看護管理の考え方や看護指導者育成の方法を身につけることで、自国の看護の質の向上に資することを目標としている。

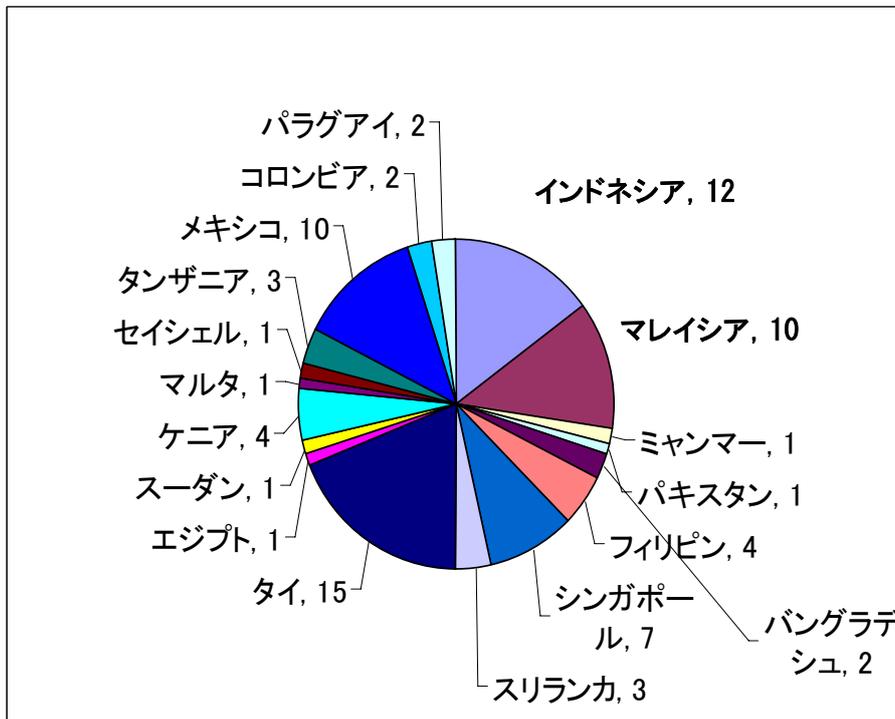
このほか、臨床看護、特に母子看護及び心臓外科における看護の実践と見学に重点を置いた「臨床看護実務（母子・心臓外科）コース」（研修期間約4か月、主な研修実施機関はJICA北海道国際センター・札幌医科大学）、インドシナ3か国（ラオス・カンボジア・ベトナム）を対象とした「母子保健看護（インドシナ諸国）コース」（研修期間約2か月、主な研修実施機関はJICA大阪国際センター・INFJ）、「母子保健人材育成コース」（研修期間約1.25か月、主な研修実施機関は旭川医科大学）等がある（各コースの目的・概略については添付資料を参照）。

また、国別特設の集団研修事業としては、「サウジアラビア女子看護教育コース」（研修期間約0.6か月、2000年度～）、「ウズベキスタン看護管理研修」（研修期間約2か月、2000年度～2004年度）、「イラク・ムサンナー県看護協力」（研修期間約1か月、2004年度）等が実施されている。



出所：INFJ 提供資料より作成

図 A 1 - 4 専門看護研修の地域研修員人数 (%) (1986~2001年)



出所：INFJ 提供資料より作成

図 A 1 - 5 看護管理研修の国別研修員人数 (1980~2000年)

表 A 1 - 5 看護教育関連の技術協力プロジェクト案件（1985～2004年）

案件 No	国名	案件名	期間	特徴
1	インドネシア	看護教育	1978-1985	本プロジェクトは看護教員養成校(SGP) 4校を主な対象とし、看護教育のためのカリキュラムの確立、教材の開発および教育方法論の確立を図ることを目的とした。建物の建設と技術協力とのパッケージ方式により進められ、相手国に歓迎されるものとなった。(無償との連携)
2	タイ	看護教育	1980-1987	本プロジェクトは看護要員および看護教員養成のため看護教育カリキュラムの確立、教材の開発および教育方法論の確立を図ることを目的とした。プロジェクト後半は、当時新たに導入された4年制看護教育の評価研究、無償によって建設されたスリマハサラカム看護大学の強化(教育内容充実)が活動の中心となった。(無償との連携)
3	パキスタン	看護教育	1987-1990	卒後の専門看護教育に対する技術協力。長期専門家が派遣された3コース(小児看護、手術室看護、公衆衛生看護)に関するカリキュラム、教育技法、教材開発は一定の成果が上がったと認められるが、女性・看護師の地位の低さという社会的問題やパキスタン看護界全体の問題、同国の医療施設に共通する看護職の認識や体制の問題等が当初考えられていたよりも大きく、プロジェクトの活動に影響を与えた。(無償との連携)
4	ネパール	医学教育	1989-1994	本プロジェクトは、トリバン大学医学部および付属病院(IOM・TUTH)の各臨床部門間との連携を強化して臨床機能を強化することを目的とし、付属病院における卒後研修の強化によって基本的診断・検査・治療の技術の向上、病院管理・看護管理・機材保守管理の改善を図った。
5	ホンジュラス	看護教育強化	1990-1995	保健省管轄の看護補助員養成校(3校)および国立自治大学医学部看護学科(正看護師教育、3校)を対象にし、これらの養成学校で看護教育を行う教員をターゲット・グループとした。プロジェクト期間中に基盤整備費で看護教育研究センターが建設され、当センターを中心に各種セミナーの開催や各種教材の開発等により看護教育の向上に資した。
6	エジプト	カイロ大学看護学部	1994-1999	看護学部の機能を強化し、レベルアップすることを目標に、看護教育方法とカリキュラムの改善、教員の養成、教育用メディアの強化、学部運営技術の向上、看護実習施設の指導者看護師の技術の向上、図書館運営管理技術の向上のための活動が行われた。本件開始前にカウンターパートの潜在能力が高いと判断されたため、ほとんどの日本人専門家は短期派遣で対応した。看護図書の実用により、本校の学生以外にも外部の図書館利用者が増加した。(無償との連携)
7	スリランカ	看護教育	1996-2001	スリランカの看護師不足への対策と質の向上のために、スリ・ジャヤワルダナプラ総合病院に隣接した敷地に年間100人の看護師供給能力を持った新看護学校を無償により建設し、同校を基礎教育の向上を目指したモデルケースとして位置づけ、他に10校ある国立看護学校における教員の質の向上・運営管理の改善、臨床実習・指導の改善を図る。(無償との連携)
8	インドネシア	南スラウェシ地域保健強化	1997-2002	南スラウェシにおいて、医師、助産師、検査技師等の医療従事者の人材育成と、衛生部長の保健計画の策定・実施に関する技能向上を目的として、①保健所等への問題解決志向型アクション・リサーチ(PROAR)手法の導入、②地域の臨床検査部門における臨床検査精度管理保証の導入、③地域保健管理者の育成、④助産師/看護師等母子保健関連の医療従事者の研修を行った。(無償との連携)
9	エルサルバドル	看護教育強化	1997-2002	本プロジェクトは6つの看護師養成機関(同国の軍の養成機関を除くすべての看護職養成機関)をプロジェクト対象校とし、ターゲットを看護教員とした。看護教員に対する教育の改善、看護教育の標準化、看護に関する教育と臨床の連携強化を図り、委員会・学会の導入、6か月ごとにモニタリング・ワークショップの実施等、自立発展のための活動を推進した。

案件 No	国名	案件名	期間	特徴
10	ケニア	医療技術教育強化	1998-2003	このプロジェクトの協力活動の特徴は、7学科を対象とした縦糸的な協力（専門家派遣、機材供与、研修員受入等）とすべての学科を対象とした横糸的な協力（情報技術サポート、中堅技術者要請（MLMT）等を行っている点である。当初の計画にはなかったコンピューターや他の近代機器使用の普及とそれを可能にするITインフラの整備（長・短期専門家派遣、資機材供与）が成果を上げた。
11	セネガル	保健人材開発促進	2001-2006	一次医療システムで働く保健人材の養成システムが強化されることを目標とし、一次医療システムに関わる看護職員を対象とした適切な現行教育システムの確立、ゴサス地区（テスト地区）において適切な農村保健ボランティア（ASC）養成システムが確立されるための活動を行う。
12	パラグアイ	南部看護・助産継続教育強化	2001-2006	パラグアイ南部（ニエンブク県、ミノネス県）で母子保健サービスに関する看護および助産人材の継続教育システムが確立され機能することを目標に、継続教育プログラムの作成・実施、プログラムが効果的に運営されるための機構の設立、モニタリング・評価制度確立のための活動を行う。
13	カンボジア	医療技術者育成	2003-2008	公共医療施設のために有能な医療技術者が育成されることを目標とする。本プロジェクトではカンボジアのX線診断分野の発展に貢献すべく3年制のX線技師学科の新設を活動の大きな柱としている。同時期にドイツのGTZの関連機関であるCMI（Center for International Migration and Development）が地方展開型のX線診断研修を実施する計画があることから、保健省、GTZ、CMIと協議し、統一した研修内容で協調体制を取るようになった。（無償との連携）
14	ウズベキスタン	看護教育改善	2004-2009	“Client-oriented nursing”の原則に基づいた看護教育（学内教育／学外臨床教育）のモデルが確立することを目標とする。ウ国側では看護教育の改善は既に着手されており、医療専門学校における教員の再教育も実施されている。本プロジェクトでは、この改善の中に新たに“Client-oriented nursing”に基づく看護という概念を導入することを目的としているが、その必要性は既にウ国側関係者にも認められており、本プロジェクトで作成された看護教育モデルは、ウ国側により全国54校に普及される計画となっている。（無償との連携）

表A1-6 看護教育関連の無償資金協力案件（1985～2004年）

案件No	国名	案件名	期間	特徴
15	パキスタン	看護師医療技術者養成学校	1984-1985	基礎看護学校において教鞭をとる教員を養成、保健医療活動と医療施設において指導的役割を占める各種専門家の養成、および診断治療を補佐するのに適正な知識・技術を持つパラメディックスの養成を行うに必要な十分な施設・機材を整備する。(技プロと連携)
16	フィジー	看護学校建設計画	1984-1985	基礎看護学コース（1学年120人×3学年）および卒業後教育コース（助産師、保健師）のための施設および機材を拡充する。
17	中華人民共和国	寧夏看護学校機材整備計画	1989	看護実習に必要な機材を整備する。
18	エジプト	カイロ大学看護学部施設改修計画	1990-1993	看護教育における指導者の質および量の増強、並びに周辺国に対して看護教育分野の指導的役割を果たすため、看護教育学部の教育施設、教育用機材を整備する。(技プロと連携)
19	ミャンマー	看護大学拡充計画	1995	看護大学における看護教育を向上させ、技能を身につけた看護師をより多く養成するため、看護大学の教育環境を改善する。
20	ケニア	医療訓練学校改善計画	1995-1997	ケニア医療訓練学校(KMTC)の教育内容の改善、同校のレベル向上に寄与するため、施設の改修、建て替え工事により教育環境を本来の姿に復帰させ、医療訓練機材の調達により学内での基礎的な教育実習を可能にする。(技プロと連携)
21	インドネシア	南北スラウェシ地域医療従事者訓練センター改善計画	1997	当該訓練センターの受講者である地域医療従事者の知識と技術の向上を促すため、地域医療従事者訓練センターの施設・機材を改善する。(技プロと連携)
22	スリランカ	スリ・ジャヤワルダナプラ国立看護学校設立計画	1997-1998	スリ・ジャヤワルダナプラ総合病院に隣接する国立の看護学校を整備し、毎年100名の看護師を養成するため、スリ・ジャヤワルダナプラ看護学校を新設し、必要機材を調達する。(技プロと連携)
23	ドミニカ	医療教育・訓練センター建設計画	1998	ド国のレジデント医師、パラメディカルスタッフに対する公衆衛生分野での教育および治療水準を向上させるため、ルイス・E・アイバール複合病院内に医療教育・訓練センターが建設され、必要な機材が整備される。(技プロと連携)
24	グアテマラ	医療従事者訓練校整備計画/改修計画	1998-2000	医療従事者訓練校(INDAPS)の教育環境および生活環境を向上させ、生徒の勉学への意欲を盛り立てるため、老朽化した施設を改善・整備する。
25	セネガル	国立保健医療・社会開発学校整備計画	2002-2003	国立保健医療・社会開発学校(ENDSS)の医療従事者養成能力の向上に寄与するため、実習施設の建設と機材を整備する。(技プロと連携)
26	ウズベキスタン	看護教育改善計画	2002	全国53の医療専門高校/医療専門学校および医科大学6校において老朽化された機材が更新され、「看護モデル」に基づく教育に必要な基本的教育機材が整備される。(技プロと連携)
27	カンボジア	国立医療技術学校改修計画	2004	国立医療技術学校(TSMC)に対し、施設の改修・新築および機材の調達を行うことにより、保健医療従事者養成施設の教育環境が整備され、教育環境が改善する。(技プロと連携)
28	ラオス	保健医療訓練施設整備計画	2004	地方の保健学校及び医療技術短期大学を整備する。(技プロと連携予定)
29	ニカラグア	看護教育機材整備計画	2004	対象となる看護師養成機関（国立系、計9校、学生数1,650人）において老朽化、もしくは不足している看護教育に必要な教育機材、医療機材が整備される。
30	モザンビーク	キリマネ医療従事者養成学校整備計画	2004	ザンベジア州キリマネ医療従事者養成学校の教育環境、教育内容を改善するため、必要な施設の新規建設及び教育用機材の整備を実施する。これにより医療業務に従事することを希望する学生270名が教育の機会を得ることができるようになる。

表A1-7 看護教育関連の青年海外協力隊派遣（1985～2004年）

（活動等に関する情報のあるもののみ抜粋）

案件No	国名	派遣期間	職種	特徴
31	パラグアイ	1989.7～ 1991.12	看護師	<p>国立で唯一の正看護師・助産師の養成機関。4年制で1～4年生各70名前後（看護学生 約100名、助産学生 約180名）、教職員約40名、他外部講師。外国人講師は日本人2名のみ（JOCV隊員）。同校における4人目のJOCV隊員派遣。</p> <p>当初要請内容 実習における指導内容・方法（評価を含む）の改善をはかり、継続的、段階的な実習が行えるようになること。</p> <p>主な活動 臨床実習指導、講義（基礎看護技術）、学内勤務、自己研修。</p> <p>成果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習配置表の作成、掲示が有効だった。 ・各学年統一の学習項目チェックリストを作成した。 ・カウンターパート以外の職員からも助言を求められ、勉強会やカリキュラム改正のための会議にも参加を認められ、技術移転の機会が豊富だった。 <p>問題点 技術不足、語学不足を感じた。</p> <p>提言 大学にはシニアレベルの隊員の派遣が望ましい。</p>
32	パラグアイ	1990.7～ 1992.7	助産師	<p>国立で唯一の正看護、助産、社会福祉養成機関。4年制で、各科とも50～60名の学生がいる。教師スタッフは20名。ただし、ほとんどが大学病院、国立病院からの外来講師で、これら外来講師は理論の教授を担当している。</p> <p>市民病院、日系移住地の診療所に看護隊員を派遣しているが、看護師の地位の低さ、技術水準の低さから、現場での指導は困難である。医療隊員の活動の場を広げるためもあり、看護教育部への隊員派遣が決定された。</p> <p>協力内容 隊員は、新カリキュラムの実施、評価に協力し、実習指導の教師、基礎的実習、委託病院での実践的実習を担当する。パラグアイでは実習指導教師の質が低く、彼らへの再教育が求められる。</p> <p>問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スペイン語での願書・報告書が困難であった。 ・実習に利用できる機材、備品が不十分だった。 <p>提言 学校配属ではあるが、実際には病院で実習指導をする機械が多く、血液を介しての感染の危険に不安を抱えていた。病院勤務対象者には、感染の危険を配慮しての対策など事務所側に期待する。</p>
33	サモア	1991.2～ 1993.12	看護師	<p>当初要請内容 生徒数50人、登録看護師5人の西サモア看護学校において、基礎看護教育を行う。教育プログラムを作成し、看護学生および他のスタッフ全員の看護教育にあたる。</p> <p>協力内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基礎看護教育の計画的な教育プログラムを作成して教育する。 ・学生に対する教育と同時に他のスタッフ全員の教育にあたる。 <p>問題点 英語とサモア語を使った教授が困難であった。</p>

案件 No	国名	派遣期間	職種	特徴
34	パラグアイ	1992. 4～ 1994. 11	看護師	<p>セントラル県アスンシオン市の4年制看護大学である当校の看護学部で看護技術（基礎、応用）実習を担当する。実習先病院で直接学生を指導するほか、基礎実習の講義、教育課程改善プロジェクトにも同僚教官とともに取り組む。</p> <p>活動内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1年生の看護技術の授業・実習、2年生の公衆衛生看護の実習を担当。 ・同校のカリキュラム、教授法の問題として、理論と実習の関連性、統合化の不足、学内実習の充実、教育評価に関してなどをあげ、同僚、学校長、看護科長に伝える機会を持ち、報告書として提出した。 <p>成果</p> <p>問題点の改善のために、理論と実習の関連・統合に手をつけることができた。</p> <p>問題点</p> <p>同僚の専任教員は仕事を2か所持っており、ともに何かを計画することが困難だった。</p>
35	エクアドル	1992. 7～ 1994. 7	看護師	<p>当初要請内容</p> <p>当学部では、看護師養成の期間として4年間の課程を設け、学士のタイトルを与えている。また、全国の看護師養成所のコンサルタントとしての機能も有し、各種のセミナーを開催し、その講評、助言に努めている。当国では質の高い看護師の育成が急務であり、そのために体系的な教育プログラム（カリキュラム）の作成が進められている。日本の看護を学ぶことを一助したいと協力隊員が要請された。</p> <p>活動</p> <p>臨床指導、在宅看護の実習指導、ビデオやスライドの教材作成、医療部会としてBoca Ortiz病院の医師、看護師とともに脊椎奇形患児の術後の状態の調査。</p> <p>成果</p> <p>視聴覚隊員と協力して、プロモーション、教材のビデオを作成できた。</p> <p>問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要請内容についてもっと事前情報、任地や仕事の内容について詳細な情報が欲しかった。 ・予算の不足。 ・語学力の問題があり、細かい点の説明が困難だった。
36	中国	1995. 4～ 1997. 7	看護師	<p>配属先は唐山市市区の保健衛生事業に従事する人材養成を目的としている専門学校。4年生の口腔医士科、西洋医士科、3年生の看護学科、2年半制の英語看護師科の4つの科がある。生徒数2073名、職員315名（専門教師180名、高等教師44名、講師100名）。</p> <p>協力内容</p> <p>隊員は看護師科に所属し、中国人教師と協力して、授業・実験・実習を行い、日本の基礎看護や看護学を生徒や教師に指導する。</p> <p>成果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師科の専門の授業・実験・実習を共同して行う。 ・講義は看護管理、看護基準を実施。 ・日本語教育は中国人の学習意欲と努力により成果をあげた。 <p>問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・語学力の不足。 ・時間の感覚の違い。 ・当地では仕事に計画性がない。
37	ラオス	1995. 7～ 1997. 7	助産師	<p>当初要請内容</p> <p>チャンパサック県看護助産師学校にて、教養一般科目を含め、妊産婦に対するヘルスチェック・指導方法、助産技術産褥指導等全般の指導にあたる。演習実習による指導方法等の開拓も期待される。</p> <p>協力内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学生に直接教授、病院実習を含むように活動内容に変更があった。 ・全医療隊員による第1回、2回ラオス医療セミナーとフロントライン計画申請、機材供与を受けるまで時間をとられた。

案件 No	国名	派遣期間	職種	特徴
				<ul style="list-style-type: none"> ・教科書・辞書作成・看護手順作成を計画していたが、頓挫した。 ・技術移転は、カウンターパートに紹介するにとどまった。
38	パラグアイ	1995.12～ 1997.12	助産師	<p>パラグアイにおける看護のレベルは低い。1994年看護師の専門課程として助産科が初めて開設されたのに伴い、実習を含めた教育内容を充実させ、実力の伴った看護・助産師を育成することが求められている。同時に、実習指導教官への研修心の啓発、レベルアップをはかることを目的に、隊員が要請された。先方関係機関にとっては4代目のJOCV派遣助産師であり、看護師を含めてこれまでに9名のJOCV隊員が派遣されている。</p> <p>協力内容 看護師の専門課程として開設された助産科において、学生の臨床実習指導やそのマニュアル作成を通じて教育内容の改善と実力の伴った助産師の育成に協力する。同時に同僚実習指導教官への研修心の啓発・レベルアップをはかる。</p> <p>成果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・助産技術のマニュアルと評価表の作成。 ・病院実習要項の作成。 ・グループ学習の組み入れによる精神的分娩準備クラス。 ・実習室の整備。 <p>問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パラグアイと日本で助産師の職務内容が異なる。 (例：パラグアイでは助産師が行う血管確保、会陰切開および縫合、薬の処方が日本では認められていない) ・職員や学生のストライキによる計画の中止。 <p>提言 日本では看護助産師法で認められない医療行為について、事務所は説明・調整をして欲しい。</p>
39	コロンビア	1996.12～ 1998.12	看護師	<p>着任から6か月間は「カルダス県立病院」に配属になったが、諸問題からその後の1年3か月間は「カルダス農畜学校」に配属になる。</p> <p>活動内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・応急処置（診察・処置・薬の処方・病院受診時の付き添い）。 ・成長調査（身長・体重測定により栄養状態を検討）。 ・保健衛生教育（手洗い／歯磨き／応急処置／バイタルサイン）。 ・個人健康記録の作成。 ・歯科医の補佐。 ・保健室管理（物品・薬品・清掃）。 ・食生活改善部会－栄養バランスについての知識の普及。 ・保健衛生部会－院内教育普及計画。
40	ボリビア	1997.6～ 1998.6	臨床検査技師 (短期緊急シニア隊員)	<p>活動内容</p> <ol style="list-style-type: none"> ①検査室内での技術向上のための指導。 ②既存機械有効利用のための活動。 血清凝固機（結核検査用の培地作成用） 使用マニュアルをスペイン語で作成 ③授業内容向上のための活動。 インターン生への指導、授業参観、助言 <p>備考 本隊員は、以前JOCV隊員としての経験があり、同国、同都市には二度目の派遣であり、環境、学校もある程度知っていた。</p> <p>活動成果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査室長は当初マンパワーだけを期待していたが、今は専門家として見てくれ、相談してくれる。 ・学校長とは定期的に会議。 ・他施設（サンシモン大学医学部、薬学部、国立病院など）の専門家にも相談した。 ・当国では個人的なつながりは大切にすが、施設間のつながりは薄く、自分が橋渡しになっている。 ・言語は問題なく、成果が上がった。

案件 No	国名	派遣期間	職種	特徴
41	中華人民共和国	1997.7～ 1999.7	看護師	<p>当初要請内容 医師を養成する学科も設置されているが、主に看護師養成に力を入れており、中国語は当然のこと、英語看護も展開されているなか、基礎看護技術の教授内容を日本と客観的に比較検討し、より良い技術を看護師の卵や教師陣に伝えることを求められている。</p> <p>活動内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護学生に臨床指導および講義を行う。 ・基礎看護技術について日本との比較、検討、技術の紹介。 ・学校配属だが、実習のため病院でほとんど活動する。 <p>活動成果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・見学実習の記録用紙の改正、実習方法の検討を行った。 ・同僚教師、市内の医療職の人に対して日本語を教えた。 ・学内実習時に日本の看護技術、方法を紹介した。 ・見学実習についての教師の指導内容のまとめ、記録用紙の書き方や報告会の内容の制定を行った。 <p>課題・問題点等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3年生の臨床実習の実際を把握するのが難しい（学生が広い地域に分散している、各病院の方針に任されており、水準がそれぞれ異なる、学生数が多すぎる）。 ・学内の授業において日本の看護方法を取り入れるのは難しい。 ・日本で教員経験がないため、不安を感じた。
42	中華人民共和国	1997.12～ 2000.1	看護師	<p>雲南省小児病院から同校（湖北省黄冈市衛生学校）へ1999年4月26日に任地変更（1年4か月目）。同校は1952年設立、1997年に4年制の中等専科（中学卒業後）となり看護科、中医科、母子保健科など8コースがある。学生3,000人、教師230人。これまで外国からの援助はなし。隊員受入れは今回が初めて。</p> <p>活動の成果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・配属先を変更することにより、中国における看護教育の現場および臨床看護現場の両方を見ることができた。 ・計画していたコミュニケーション技術についての勉強会は、衛生部の検査のために時間をとることができず、行うことができなかった。 <p>問題点等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中国で現在隊員が派遣されている病院や学校はある程度のレベルに達している施設であり、もっとレベルアップを図りたいがために協力隊を要請していると思われる。そのため、協力隊への要望も高く、協力隊レベルでは対応できないことも多いのではないかと考えられた。 ・日本で看護学校で教えた経験はなく、数週間の学生実習を指導したのみだった。
43	ラオス	1998.7～ 2000.7	看護師	<p>当初要請内容 サバナケット県初級看護師養成学校において、同校の看護学生に看護概論及び各科看護の基礎、臨床実習の指導全般を行う。特に患者サービスに対する基礎知識の向上、看護の質の向上のための教育が期待されている。指導経験を有することが望ましい。</p> <p>活動内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・知識を補う内容の教科書を作成し、指導を行う。 ・カウンターパート研修の派遣。 ・看護学生を使った学童公衆衛生指導を行う。 <p>提言等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関との連携を図る。 ・JOCV以外の協力を考えたほうが有効ではないかと考える。 ・看護レベルが上がっても、収入増や仕事の達成感に結びつかず、動機付けが難しい。

案件 No	国名	派遣期間	職種	特徴
44	中華人民共和国	1998. 12～ 2000. 12	看護師	<p>当初要請内容 1956年設立で看護師、漢方医など約8,000名の卒業生を出し、省内でもモデル校として位置づけられている。教職員162名、学生2,500名（内通信制200名）を有し、看護科課程の教学内容の改善と向上を希望している。日本の看護理論・実習を紹介することが期待される。国家衛生部の定める教育内容に沿った従来の内容に加えて、モデル校として諸外国の教学内容を取り入れたい。初代隊員。</p> <p>活動計画の達成度 （1）校内演習の見直しと改善 ・問題点の抽出、解決策の立案、意見書の提出や学校（カウンターパート）との話し合いを重ね、より効果的な校内実習となるように努めた。 ・赴任当時と比較すると、実習前後の手洗いや実習用具の保清も定着してきている。 ・実習人数の調整や実習記録の導入などにより、実習の進め方に変化が出てきた。 （2）看護科内での検討会の実施 ・不十分で反省すべき点が残った。 （3）学生への教授 ・言葉の問題が大きく、講義を担当したのはわずかに2回だけであった。 ・以降講義は受け持たず校内実習を通して学生を指導した。 ・校内実習では技術の教授に限らず患者の安全や安楽のための具体的な方法、精神面への配慮等に重点を置き指導した。 （4）日本語講座の継続 ・学校の教師（希望者）のクラスと看護科の学生とカウンターパートを対象にしたクラスで教えた。 ・看護科以外の教師達と交流を深めるよい機会となり、大変意義があった。</p>
45	中華人民共和国	1999. 4～ 2001. 4	看護師	<p>当初要請内容 1978年に全国募集が可能な専門学校体制になり、生徒1,500名（学科により3～4年制）、教職員230名で現在運営されている。隊員は看護科教員として国家制定の教学大綱内容に準じつつ、日本の看護学校過程の紹介を行い、教授内容の改善に協力する。</p> <p>活動成果 ①資料の作成、授業への活用。 ②本校看護課程における教科、実習に教師として参画。 ③日本の看護についての紹介は、学校の教師を対象に講演を行ったが、口頭のみでは適確な伝達が困難だったため、資料を作成し、提出した。</p> <p>問題点 要請先が現状にさほど大きな問題意識を抱いておらず、現状改善に向けての具体的計画や取組みがないところに、隊員が何か披露する（例えば日本の看護を紹介するなど）をプラスアルファとして要望している場合、隊員が順調に活動方針を見出し、行っていくことが難しい。</p> <p>提言 昨年より看護師隊員共同での看護過程の紹介指導をテーマとしたグループ活動が発生した。まだ活動が始まった段階であるが、今後もこのような組織的な活動を並行し、活動の業績を共有し、積み上げていくことが望ましい。</p>

案件 No	国名	派遣期間	職種	特徴
46	ニカラグア	1999. 4～ 2001. 4	看護師	<p>当初要請内容 カリキュラムの見直し、看護学校教師に対しての講習、生徒への授業や病院での指導を行う。看護学校教員経験は必要としないが、看護学生指導経験があれば望ましい。教師は隊員から新しい技術を学びたいという希望を持っている。</p> <p>本校はニカラグア自治大学の看護部分校として1980年に設立された。同国にある看護学校4校の一つ。看護助手養成、手術室技術者養成、専門看護師養成、正看護師（大卒）のクラスがあり、各15～30名の生徒がいる。年間予算は約53,000ドル、教育部門のスタッフは約24名。</p> <p>成果 ①老人看護技術のカリキュラム資料作成。 ②ビデオ教材の作成。 ③OHPシートの作成。 ④基礎看護Ⅲの講義助手を担当。</p> <p>結論 ①学校教育の経験がなく、十分目標を達成できなかったと言えないが、多くの視覚教材を作成し、残すことができた。 ②病院での経験しかなく、総合的、1～2次医療、母性、小児看護に力点を置いた教育にその経験がないため、自信をもてなかった。 ③言葉の問題があった。</p>
47	中華人民共和国	1999. 12～ 2001. 12	看護師	<p>当初要請内容 生徒数3,000名（学科により2～4年制）、教職員350名で運営されている医療専門学校。隊員は看護科教師として国家制定の教学大綱内容に準じつつ、日本の看護学校課程の紹介を行い、教授内容の改善に協力する。特に臨床実習における指導が期待される。</p> <p>活動成果 ①支援機材の購入。 ②中日看護学会での論文発表－配属先の教研室の実績として認められた。 ③学習会の実施。 ④看護過程の展開方法を取り入れた授業案に理解がえられた。 ⑤県レベルの病院13か所で看護師や学生を対象にアンケート調査を実施し、結果から教科書を補充する参考書づくりからはじめた。 ⑥人民病院に配属された隊員と情報交換をした。 ⑦臨床看護教研室の改革案を認めてもらうことを前提に、支援機材の購入や、中日看護学会での論文発表などを行った。</p>
48	中華人民共和国	2000. 4～ 2002. 4	看護師	<p>当初要請内容 1952年設立、97年には4年制となり看護・中医・母子保健科など8科を有し、学生約3,000名、教師230名。看護科の整体看護概念の導入・定着促進に向けて日本の看護紹介資料の作成や実習のオブザーバーとしての活動が期待されている。</p> <p>活動成果 ・学校や教師から活動に対して具体的な希望は何もなく、受動的な態度が続いた。いろいろ提案→実施を試みたが、達成度は不満足なものであった。 ・学生たちの思考力や主体性を育てるために「学生が主体的に学ぶ授業」を行う手助けをしたいと思っていたが、残念ながらそういった教育技法を取り入れたモデル授業などを実施することができなかった。</p> <p>提言 ・教師経験のない看護師の学校隊員に対する補完研修の実施を希望する。</p>

案件 No	国名	派遣期間	職種	特徴
49	中華人民 共和国	2000. 4～ 2002. 4	看護師	<p>当初要請内容 教職員数182名、学生数約1000名の医療専門学校。西洋看護科クラスの学生に対し患者中心の看護診断方法の紹介やPOS等の理論・実践を含めた技術紹介を行うとともに、看護科課程の教学内容改善に協力する。</p> <p>活動目標 ①中国における看護教育の現状把握。 ②日本の看護および看護教育の紹介。 ③日本の看護学生との交流の基盤づくり（母校との文通）。</p> <p>成果 ①看護課程の授業案づくりと資料づくり。 ②学集会、デモンストレーションの実施。 ③積極的にコミュニケーションをとった。 ④日本語を教えることをプラス思考で考えた。 ⑤授業に参加しない時でも、できるだけ教務室にいるようにした。 ⑥他機関配属の看護隊員とのグループ活動を行った。</p>
50	エジプト	2000. 12～ 2002. 12	看護師	<p>当初要請内容 集中治療室か新生児集中治療室での看護経験が必要である。看護学部学生（100名）の実習期間中隊員が同行し、臨床看護指導を行う。現地の臨床看護指導員と連携をとって効率の良い実習を計画する。</p> <p>活動目標 ・活動を円滑に進めるための情報収集、分析。 ・初期計画の作成。 ・計画に沿った活動。 ・計画の評価、修正。 ・再評価を行い、継続に向けての計画を立案。</p> <p>問題点 ・活動全期間を通じて頻繁に計画が変更されたため、どの計画も満足 のいく結果に繋がらなかった。 ・比較的付き合う時間の多い病院のスタッフ・ナースやワーカーとは 会話も多く、円滑な人間関係を保つことができた。 ・配属先である看護学部内での人間関係は困難を感じた。 ・学生のことについての情報収集が、こちらでは氏名と簡単な情報以 外は事前に把握しにくく、指導の上で学生の背景を参考にすること が困難であった。 ・患者に対する考え方、感染コントロールについての実践が日本と大 きく異なっていた。</p> <p>提言 ・看護学部については組織がしっかりしており、積極的に問題解決を 行っている。協力隊レベルでの活動の必要性はないと感じた。 ・しかし、学部の学生が関わる病院のスタッフナースについては大き く改善の余地があり、学生の現場実習にふさわしい環境の整備の点 で協力できればよいと思う。 ・「手洗い」の意識が低いことに関しては、生活習慣の違いや物理的問 題（水道の不足）等が関係しており、特に子供の時からの衛生教育 というものが大切であると思われる。</p>
51	ニカラグア	2001. 4～ 2003. 4	看護師	<p>当初要請内容 ベッド数157床、医師58名、看護師103名のグラナダ市唯一の2次医療 機関。ICUにおいてICU看護、機器類の取り扱いについて助言する。ま た、他の病棟看護師に対しても技術、知識の向上のために基本的看護 の講習会も望まれている。</p>
52	中華人民共 共和国	2001. 12～ 2003. 12	看護師	<p>当初要請内容 4代目隊員として、同衛生学校の臨床看護教研室において、中国で進 められている看護教育改革に参加し、臨床看護課程の確立を目指し、 参考書の編集とそれを使用するの教授方法についての協力活動を行 う。</p>

案件 No	国名	派遣期間	職種	特徴
53	中華人民共和国	2001.12～ 2003.12	看護師	当初要請内容 1927年設立の全日制中等職業技術学校にて、校内実習や授業内容の再検討や、患者とのコミュニケーションの回り方・患者心理の重視方法を紹介し、患者のケアを中心に考える看護概念の定着に協力する。
54	中華人民共和国	2002.7～ 2004.7	看護師	当初要請内容 看護学校にて日本の看護教育・臨床での看護の現状を紹介し、同校の教学改革に協力する。同校看護科教師は看護実務経験が少ないことから、実務経験に基づいた紹介を行うことが期待される。 活動成果 ①脳外科、リハビリ交流会では参加者の反応もよく、効果的な会となった。 ②基礎看護の授業に行くものの、学生に声かけをしているのみで、教員との交流は少ない。 ③日本語クラス、展示物の作成などを通じ学生に日本の学生生活、文化を少しではあるが紹介できている。 問題点 ・学校の副校長が隊員を要請することを決めても、看護科の先生が全くかかわっていない。 ・隊員要請の具体的な目的が不明確。 提言 ・看護学校派遣の看護師を募集しても、実際に教員経験のある人の応募はまれで、協力隊に応募する看護師で教育機関を希望する人は少ないようだ。 ・看護教育隊員には、シニアボランティアが適していると思う。 ・日本語クラスに対する先方の要望は強く、引き受けるが、無理がある。
55	ラオス	2004.4～ 2006.4	看護師	当初要請内容 北部の主要都市ルアンパバンにある唯一の初級看護師養成機関において、限られた教材・器具を使用して学生への技術指導を行い、教育の質の向上をめざすとともに、教官に対し看護指導の協力を行う。
56	ラオス	2004.4～ 2006.4	看護師	当初要請内容 初級看護師養成機関において、限られた教材・器具を使用して学生への技術指導を行い、看護教育の質の向上をめざすとともに、教官に対し看護指導の協力を行う。また地域保健における看護師の役割と教育のあり方について指導する。
57	マラウイ	2004.7～ 2006.7	臨床検査技師	当初要請内容 同国内に数少ない医療従事者養成機関のラボラトリー科において、臨床検査技師及び準技師養成のため、ラボラトリーに関する知識・技術を指導するとともに隣接する中央病院で検査実習を担当する。
58	ボリビア	1998.7～ 2000.7	看護師	当初要請内容 設立されて5年の国立大学の看護学科で、教師陣とともに1～5年生の学生に対して、看護実習や講義を通して教育を行い、質の高い看護要員の育成をめざす。また、学科長とともに、学科のマネジメントに協力する。
59	ボリビア	1999.7～ 2001.7	助産師	当初要請内容 同配属先の産婦人科に勤務し、他のボリビア人の看護助手と看護業務にあたりながら看護その他の業務の改善を行うとともに同地域住民に対し家族計画等についての講義を実施する。マンパワー的活動である。
60	ボリビア	1999.12～ 2001.12	看護師	当初要請内容 所属は同大学であるが、活動の半分は、実習病院であるロベルト・ガリンド病院手術室で、スタッフとともに活動しつつ技術協力を行い、半分は、学生に対しカウンターパートとともに大学内と病院での技術実習指導を行う。

案件 No	国名	派遣期間	職種	特徴
61	ボリビア	2000.4～ 2002.4	看護師	<u>当初要請内容</u> 所属は同大学であるが、活動の半分は、実習病院であるロベルト・ガ リンド病院内科病棟で、スタッフとともに活動しつつ技術協力を行い、 半分は、学生に対しカウンターパートとともに大学内と病院での技術 実習（患者への対応）の指導を行う。
62	ボリビア	2001.4～ 2003.4	看護師	<u>当初要請内容</u> 国立大学の看護学科で教師陣とともに1～5年生の学生への教育を、 主に病院実習を通して行い、質の高い看護要員の育成をめざす。また、 実習を通して抽出された問題点をカリキュラムに還元することや学科 のマネジメントに協力することも望まれている。

表A1-8 看護研修コース 集団研修（1985～2004年）

案件 No.	コース名	目的	コース概略
63	①専門看護 定員8名 協力期間 1986-2001 (1997-2004 は隔年実施)	<p>1. 目的 開発途上国の看護師に専門看護（クリティカル・ケア）の知識と技術を、講義と実務研修によって習得させ、自国の看護技術の質的向上に寄与する人材を育成する。</p> <p>2. 到達目標</p> <p>(1) 重症患者の病態、原因と症状、その治療について総合的に理解し、また患者の適切な処置ができる</p> <p>(2) 特殊医療機器・用具の操作・理解ができる</p> <p>(3) 臨床診察の重要性・過程、また介在する看護業務について理解する</p> <p>(4) 重症患者および家族の心理的・社会的問題を理解する</p> <p>(5) コミュニティにおける看護職のより広い意味の役割を確認する</p>	<p>3. コース概要 講義、実務研修、施設見学により構成される。研修項目は以下のとおり。</p> <p>(1) クリティカルケア・ナーシングの基本</p> <p>(2) 各種疾患の理解と看護の実際（各自の選択分野に沿う）</p> <p>(3) 救急蘇生法</p> <p>(4) 検査・診断法と看護</p> <p>(5) 各種医療機器・器具の取扱いと管理</p> <p>(6) ICU・CCUで使用される薬物と効果</p> <p>(7) 病棟管理、スタッフ教育等</p> <p>4. 研修員の資格要件</p> <p>(1) 3年以上の基礎看護教育の課程を修了した者</p> <p>(2) 5年以上の看護実習の経験を有する者。さらに最低1年間の応募する専門分野における看護の経験を有すること</p> <p>(3) 35歳以下の者</p> <p>5. 主な研修実施機関</p> <p>(1) JICA東京国際研修センター</p> <p>(2) (財) 国際看護交流協会</p> <p>6. 日本語集中講座 有</p>
64	②看護管理 定員7名 協力期間 1980-2000 隔年実施	<p>1. 目的 開発途上国の現役の看護管理職（師長など）を対象に、看護管理の理論と実際を学ぶ機会を提供し、もって自国の看護サービスの質的向上を図る。なお、本コースは病棟管理（師長職）レベルの研修を主体とする。</p> <p>2. 到達目標</p> <p>(1) 講義を通じ、看護管理の原則と技術を学び、その成果を応用できるようにする。</p> <p>(2) 師長としての病院における役割・機能を理解し、またコミュニティにおける看護職としての役割を認識する。</p> <p>(3) 自国における日常の看護業務における義務もしくは問題点を認識し、それを本コースの中で学んだ知識・経験のもとで解決できるようになる。</p>	<p>3. コース概要 講義では、看護管理の理論・原則を理解することを目的とし、研修員各自の国内事情に基づいて討論し、意見交換しながら講師の指導によりそれぞれの項目の目的に達するよう導く。研修項目は、</p> <p>(1) 日本の保健・医療事情概要</p> <p>(2) 看護管理の概要</p> <p>(3) 病棟管理の知識・実際</p> <p>(4) 管理に関する知識等。病院等施設における実習では、病棟/看護管理の実際が、どのように実践されているかを学ぶことを目的とし、研修施設での中堅責任者（具体的には師長）に従って、その業務を理解し、ノウハウを修得する。基礎理論、実務研修で得た知識と技術をもとにグループ・ワークを行い、一つのガイドラインを構築する。</p> <p>4. 研修員の資格要件</p> <p>(1) 下記のいずれかのコースに参加し修了した者で修了後3年以上の経験をもつ者。a. 臨床看護コース（沖縄国際センターにて実施）、b. 専門看護コース（東京国際研修センターにて実施）、c. 東南アジア諸国等看護師指導者研修（(財) 国際看護交流協会実施）</p> <p>(2) 現在、師長として看護に従事しており、師長として1～5年の経験をもつ者</p> <p>5. 主な研修実施機関</p> <p>(1) JICA東京国際研修センター</p> <p>(2) (財) 国際看護交流協会</p> <p>6. 日本語集中講座 有</p>

案件 No.	コース名	目的	コース概略
65	③看護指導者育成 定員8名 ①②のコースを合体したものの 協力期間 1991-2005 隔年実施	<p>1. 目的 開発途上国の現役の臨床分野における看護管理職、および中堅看護師を対象に、看護管理の理論と実際、および看護管理者に必要とされる問題解決プロセスの技法を学ぶ機会を提供し、看護管理の知識や能力を向上させ、その実践力を身につけることにより、自国の看護管理、および看護サービスの質の向上を図ることを目的とする。</p> <p>2. 到達目標</p> <p>(1) 看護管理の理論と原則を学び、日本における看護管理の実際を理解する。</p> <p>(2) 看護管理者の役割や看護管理者に必要な能力（企画・調整力・教育力・経営力）が理解でき、その実践力を身につける。</p> <p>(3) 自国における看護管理上の課題や問題点が明確にされ、その改善に向けたアクションプランを作成する。</p>	<p>3. コース概要 講義では、看護管理の理論・原則を理解することを目的とし、研修員各自の国内事情に基づいて討論し、意見交換しながら講師の指導によりそれぞれの項目の目的に達するよう導く。研修項目は、</p> <p>(1) 日本の保健・医療事情概要</p> <p>(2) 看護管理の概要</p> <p>(3) 病棟管理の知識・実際</p> <p>(4) 管理に関する知識等。病院等施設における実習では、病棟/看護管理の実際が、どのように実践されているかを学ぶことを目的とし、研修施設での中堅責任者（具体的には師長）に従って、その業務を理解し、ノウハウを修得する。基礎理論、実務研修で得た知識と技術をもとにグループ・ワークを行い、一つのガイドラインを構築する。</p> <p>4. 研修員の資格要件</p> <p>(1) 現在、臨床における看護管理者（看護部長、副看護部長、師長、主任（副師長）</p> <p>(2) 3～5年の管理者としての経験をもつ者、および中堅看護師</p> <p>(3) 年齢は45歳以下</p> <p>5. 使用言語 英語</p> <p>6. 主な実施機関 (財) 国際看護交流協会</p> <p>7. 所管国内機関 東京国際センター</p> <p>8. 関連省庁 厚生労働省</p>
66	④臨床看護実務 定員5名 協力期間 1984-2003	<p>1. 目的 臨床看護実務に従事する中堅看護師を対象に主に臨床実務を通じ、我が国の看護業務を習得させることにより既存技術、知識の向上を図り、もって当該国の指導的看護師を養成する。</p> <p>2. 到達目標</p> <p>(1) 臨床の場における専門分野別の各疾患について、原因、誘因、病態整理症状、治療、手術前後の検査について理解し、適切に看護できる</p> <p>(2) 救急患者の対応および機具の取扱いができる</p> <p>(3) 各専門科に必要な特殊機械の取扱いができる</p> <p>(4) 各専門科の病棟管理を理解する</p> <p>(5) 病院と他施設との関連を知ることができる</p>	<p>3. コース概要 共通プログラムのほか、個別プログラムがあり、それぞれ講義、院内教育プログラムへの参加の他、院外視察研修を行う。</p> <p>(1) 母子看護グループ：オリエンテーション、各種看護（産科病棟、外来母子看護、救急患者、NICU、小児病棟）</p> <p>(2) 内科看護グループ：オリエンテーション、各種看護（ICU、救急室、呼吸器疾患患者、消化器・肝疾患患者、透析患者）</p> <p>(3) 救急・外科グループ：オリエンテーション、各種看護（救急室、ICU、手術室、外科、脳外科、外科外来）</p> <p>4. 研修員の資格要件</p> <p>(1) 看護師資格を有し、当該分野において5年以上の経験を有する者</p> <p>(2) 臨床看護実務に従事しているもの（師長、看護主任は好ましくない）</p> <p>(3) 35歳未満の者</p> <p>5. 主な研修実施機関</p> <p>(1) JICA沖縄国際センター</p> <p>(2) 沖縄県立中部病院</p>

案件 No.	コース名	目的	コース概略
			<p>6. 日本語集中講座 有 (210時間)</p> <p>7. 他 本コースは母子看護、救急外科看護、内科看護の3つのサブコースに分かれており、研修員は応募の時点でいずれか1コースを選択する。</p>
67	<p>⑤臨床看護実務 (心臓外科・ICU)</p> <p>定員5名</p> <p>協力期間 1996</p>	<p>1. 目的 看護師を対象に、臨床看護、特に母子看護および心臓外科における看護の実践と見学を通じ、既得技術、知識の向上と患者に対する態度の育成を図ることにより、当該国の看護および看護師の質の向上に寄与できる人材を養成する。</p> <p>2. 到達目標</p> <p>(1) 各疾患について、原因・病態生理・症状・治療を理解する</p> <p>(2) 患者の心理的・身体的なニーズを把握し、適切な看護の提供ができる</p> <p>(3) 必要な臨床検査について理解し、援助できる</p> <p>(4) 医療機器の種類、特徴等を理解し、取扱うことができる</p> <p>(5) 重篤な状態にある患者の看護ができる</p>	<p>3. コース概要 看護の基礎に関する共通プログラムのほか、専門ごとに3つのサブグループ (産科、外科、集中治療) に分かれて実習を行い、実際的な知識、技術を習得する。講義では、主に病態生理学を取り上げる。主な研修科目は</p> <p>(1) 母子看護</p> <p>(2) 心臓外科看護</p> <p>(3) 緊急時の看護</p> <p>(4) 医療用具および機器の取扱い</p> <p>(5) 臨床看護の役割</p> <p>4. 研修員の資格要件</p> <p>(1) 看護師資格を有する者</p> <p>(2) 臨床看護実務経験を有する者</p> <p>(3) 40歳以下の者</p> <p>5. 主な研修実施機関</p> <p>(1) JICA北海道国際センター (札幌)</p> <p>(2) 札幌医科大学</p> <p>6. 日本語集中講座 有 (70時間)</p>
68	<p>⑥臨床看護実務 (母子・心臓外科)</p> <p>定員5名</p> <p>協力期間 1998-1999</p>	<p>1. 目的 看護師を対象に、臨床看護、特に母子看護および心臓外科における看護の実践と見学を通じ、既得技術、知識の向上と患者に対する態度の育成を図ることにより、当該国の看護および看護師の質の向上に寄与できる人材を養成する。</p> <p>2. 到達目標</p> <p>(1) 各疾患について、原因・病態生理・症状・治療を理解する</p> <p>(2) 患者のニーズ (身体的・心理的・社会的) を把握し、適切な看護の提供ができる</p> <p>(3) 必要な臨床検査について理解し、援助できる</p> <p>(4) 医療機器の種類、特徴等を理解し、取扱うことができる</p> <p>(5) 重篤な状態にある患者の看護ができる</p> <p>(6) 緊急時における看護ができる</p>	<p>3. コース概要 看護の基礎に関する共通プログラムの他、専門ごとに3つのサブグループ (産科、外科、集中治療) に分かれて実習を行い、実際的な知識、技術を習得する。</p> <p>4. 研修員の資格要件</p> <p>(1) 看護師資格を有する者</p> <p>(2) 臨床看護経験を有する者</p> <p>(3) 40歳以下の者</p> <p>5. 主な研修実施機関</p> <p>(1) JICA北海道国際センター (札幌)</p> <p>(2) 札幌医科大学</p> <p>6. 日本語集中講座 有 (4週間)</p>

案件 No.	コース名	目的	コース概略
69	⑦母子保健看護（インドシナ諸国） 定員 9 名 協力期間 1996-2004	<p>1. 目的 インドシナ 3 カ国が医療分野において共通して重要課題としている乳児死亡率および妊産婦死亡率の低下を図るために、医療従事者の質的向上を図る。病院内で指導的地位にある産婦人科看護師および助産師を対象に、母子保健にかかる再教育に主眼を置く。基礎的な看護の知識と医療技術を習得させ、自国において指導にあたることのできる人材の養成を目的とする。</p> <p>2. 到達目標</p> <p>(1) 施設における周産期医療と看護について理解を深める</p> <p>(2) 地域における母子保健医療と看護について理解を深める</p> <p>(3) 母子保健を支える科学技術について理解を深める</p>	<p>3. コース概要 本コースは母子保健看護を主たるテーマとし</p> <p>(1) 施設における周産期医療と看護</p> <p>(2) 地域における母子保健医療と看護</p> <p>(3) 母子保健を支える科学技術</p> <p>上記の 3 点をサブテーマとして (財) 国際看護交流協会において見学および見学実習を主体に研修を行う。なお、各週のうち最終日には大阪大学医学部保健学科で研修内容についての検討・反省会を行う。</p> <p>4. 研修員の資格要件</p> <p>(1) 職種（技術系行政官、研究職等）：助産師資格あるいは看護師資格</p> <p>(2) 職歴：10年以上の経験を有する者</p> <p>(3) 年齢：45歳以下</p> <p>(4) その他：所属する病院（産婦人科）で師長、助産師あるいは師長クラスの指導的地位にある者</p> <p>5. 主な研修実施機関</p> <p>(1) JICA大阪国際センター</p> <p>(2) (財) 国際看護交流協会</p> <p>6. 日本語集中講座 有</p>
70	⑧母子保健人材育成 定員 8 名 協力期間 2003-2007	<p>1. 上位目標・目的 日本の母子保健制度を特に旭川の事例を通じて理解し、母子保健に関連する看護師や助産師の育成方法について学び、各国の母子保健育成プログラムの改善に寄与することを目的とする。</p> <p>2. コース目標 人口密度の低い地域での、母子保健及び医療システムについて理解を深め、教育機関や病院での看護師や助産師の育成方法を講義や視察を通じて学び、それぞれが自国での育成プランに反映させることを目的とする。</p>	<p>3. コース内容 本コースは、講義、視察により構成される。主な項目は下記のとおりである。</p> <p>(1) 日本の医療行政</p> <p>(2) 日本の母子保健制度</p> <p>(3) 北海道における医療制度</p> <p>(4) 看護師及び助産師のプレサービストレーニングの制度と現状</p> <p>(5) 看護師及び助産師のインサービストレーニングの制度と現状</p> <p>(6) 地域医療体制</p> <p>4. 研修員の資格要件</p> <p>(1) 看護師／助産師として 5 年以上の経験を有すること</p> <p>(2) 25歳以上45歳以下</p> <p>(3) 母子保健関連教育機関の教授、病院での教育担当師長</p> <p>5. 使用言語 英語</p> <p>6. 主な実施機関名 旭川医科大学</p> <p>7. 所管国内機関 JICA北海道国際センター（札幌）</p>

表A1-9 看護研修コース 国別研修（1985～2004年）

案件No.	コース名	目的	コース概略
71	イラク・ムサンナー県看護協力 定員10名 協力期間 2004	1. 目的 イラクの看護指導者の看護管理と教育に関する知識と実践力を再開発するために、日本の医療施設で学ぶ。そして、イラクのニーズに合った知識・技術・技能・指導方法を見出し、帰国後職場で情報の伝達や職員を指導することによって看護サービスの向上に寄与し、貢献する。 2. 到達目標 (1) 日本の戦後の保健医療の経緯について理解し、自国の現状との違いを分析できる。 (2) 日本の看護業務、看護を取り巻く状況を理解し、イラクの看護との違いを分析できる。 (3) 看護に共通する基本的な看護技術の実際と教授法を学び、看護方法を実践できる。 (4) 感染制御に関する新しい知識と技術を習得し、指導方法を実践できる。 (5) 災害看護、救急看護に関する新しい知識と技術を習得し、指導方法を実践できる。 (6) 看護記録の必要性を認知し、記録の取り方を実践できる。 (7) 申し送り、ケアカンファレンスなど病棟のシステムづくりを学び、実践方法を述べることができる。 (8) 看護指導者の役割・企画・指導能力について学び、指導者としての意識が向上する。 (9) 自国の職場における看護教育及び看護管理の問題を明確にすることができる。 (10) 問題解決に向けたアクションプランを作成することができる。	3. 2004年度参加研修員の特徴 10名中女性は1名のみ（イラクの看護師の男女比を反映） 年齢 26～63歳（継続的に研修を実施することになれば、資格要件を設ける予定） 4. 主な研修実施機関 （財）国際看護交流協会
72	エジプト看護教育手法 定員6名 協力期間 2002	1. 目的 日本の看護師卒後教育における教育手法を中心に、エジプトにおける看護専門分野としてニーズの高い分野（救急看護、周手術期看護、腎透析看護）の臨床看護教育手法を学び、講師としての能力向上に資することを目的とする。	3. コース内容 (1) 講義：保健医療福祉の現状、看護教育制度（保健師・助産師・看護師）と卒後教育の現状、基礎教育、卒後継続教育、専門看護教育 (2) 講義に加え、看護師の現任教育を行っている看護研修センターなどを視察することによって現任教育の役割を研修員が母国との対比の中で理解することを目標とする。

案件 No.	コース名	目的	コース概略
		<p>2. 到達目標</p> <p>(1) 各県の看護研修センター (NTC:Nurse Training Center) 長、ならびに各県レベルの看護師の卒後教育に当たる臨床看護指導者に必要な知識・技術を習得する。</p> <p>(2) 視察、実習、文献、討議などを基に自己研修し、帰国後の活動内容を策定する。</p>	<p>4. 研修員の資格要件</p> <p>(1) 臨床看護の経験を含む5年以上の看護経験を有する者</p> <p>(2) 5年以上の看護師指導経験を有する者</p> <p>(3) 看護研修センターの指導者、もしくは同等の職位を有する者</p> <p>(4) 40歳以下の者</p> <p>5. 使用言語 英語</p> <p>6. 主な実施機関名 天使大学</p> <p>7. 所管国内機関 JICA業務一課</p>
73	<p>ウズベキスタン看護管理</p> <p>定員</p> <p>協力期間 2002～2004年</p>	<p>1. 目的</p> <p>同国の臨床分野における看護管理に携わる看護職者に、看護管理の理論と実際を学ぶ機会を提供し、看護管理に関する知識・技術・能力を向上させる。また看護管理者が効果的な看護管理を実践することにより、看護サービスの質および看護師の社会的地位を向上させる。</p> <p>2. 到達目標</p> <p>(1) 看護管理の理論や原則を理解する。</p> <p>(2) 日本の看護管理について知識を得る。</p> <p>(3) 所属する医療機関における看護管理のアクションプランを作成する。</p>	<p>3. コース内容</p> <p>(1) 日本の保健行政</p> <p>(2) 日本の看護行政と看護教育制度</p> <p>(3) 地域保健医療福祉サービス</p> <p>(4) 病棟管理</p> <p>(5) 看護管理に係るコスト</p> <p>(6) 看護部管理</p> <p>(7) 看護サービスの質の保証と評価</p> <p>4. 研修員の資格要件</p> <p>師長、もしくはそれと同等の看護管理の立場にある者で、5年以上の実務経験があり、看護管理において指導的立場を期待されている者 原則45歳以下</p> <p>5. 使用言語 ロシア語</p> <p>6. 主な実施機関名 (財)国際看護交流協会</p> <p>7. 所管国内機関 JICA東京国際センター</p>

表A1-10 看護研修コース 第三国集団研修（1985～2004年）

案件No.	コース名	設立経緯/割当国	コース概略（目標、対象者等）
74	<p>エジプト看護教育</p> <p>定員 記載なし</p> <p>協力期間 当初 1985～1989年 延長 1991～1994年 再延長 1994～1999年 通算期間 14年</p>	<p>設立経緯</p> <p>アフリカ地域では極端に看護師が不足しており、特に公衆衛生看護分野の指導者育成が急務の状況にある。一方、1979年8月に訪日したプトロス・ガリ・エジプト外務担当国務大臣より、日本・エジプトが共同でアフリカ諸国を援助する三角協力構想の提案があった。他方、我が国は「エ」国政府の要請により、当該分野の協力として、プロジェクト方式技術協力および無償資金協力を実施した経緯がある。上記三角協力構想の要請を受け、看護教育第三国集団研修の実施に関し、1984年12月事前調査、1985年3月実施協議を経て、同3月に、本第三国研修「看護教育」実施に係るM/Uが署名・交換された。以後、1990年3月の評価調査の結果、同年8月に本研修の延長M/U、1995年7月に再延長M/Uがそれぞれ署名・交換された。</p> <p>割当国（RDに記載のある国） アルジェリア、モロッコ、チュニジア、エチオピア、ガーナ、ケニア、ウガンダ、タンザニア、ザンビア、ジンバブエ、アンゴラ、カメルーン、コモロ、コンゴ、象牙海岸、ジブティ、ガボン、ギニア、マダガスカル、モーリタニア、サントメ・プリンシペ、セネガル、シェラ・レオネ、トーゴ、コンゴ民主共和国</p>	<p>上位目標 アフリカ地域の公衆衛生看護分野の指導者育成により看護師不足の解消をはかり、同地域の公衆衛生の改善に貢献する。</p> <p>研修目標 保健ケア分野における教育・サービス実務・管理に対応できる看護師を養成する。</p> <p>研修対象者 （1）自国政府の推薦者 （2）国家看護師資格者 （3）サービス実務または教育のいずれかにおいて運営リーダーシップの地位の経験を有する者 （4）年齢が30～50歳 （5）英語が堪能で心身ともに健康な者 （6）割当国の国民である者</p> <p>研修内容 1995年度の内容は次のとおり。 第1週目 保健・看護における趨勢 ア. 研修実施国へのオリエンテーション イ. 開会式、導入ウ. WHOの役割について エ. 看護の現状 オ. コミュニケーション 第2週目 グループの活力と地域保健におけるニーズの評価・分析 ア. 社会プログラム、イ. グループの活力、ウ. 問題解決、エ. 研修プログラムの実際、オ. アフリカ諸国における一般的な保健衛生問題およびニーズ、カ. 地域における問題のためのガイドライン 第3週目 研修プログラムの教育的目標の形成 ア. 社会プログラム、イ. 課題分析と教育的サイクル、ウ. 課題分析から目標を導く 第4週目 指導方法、メディアの開発 ア. 社会プログラム、イ. 指導方法、ウ. 個別指導手法の開発、エ. 指導用メディア、オ. 特定テーマに関するメディアの開発 第5週目 研修プログラムの応用 ア. 社会プログラム、イ. 研修プログラム、メディア開発のためのガイドライン、ウ. 研修プログラム、メディアの開発の演習、エ. 研修旅行 第6週目 評価手法と個別指導 ア. 社会プログラム、イ. 評価方法、ウ. 個別指導、エ. 総合評価、オ. 閉会式</p>

案件 No.	コース名	設立経緯/割当国	コース概略（目標、対象者等）
75	<p>エルサルバドル看護教育</p> <p>定員 実施国2名 周辺国18名 計20名</p> <p>協力期間 2000～2006年 通算期間 5年</p>	<p>設立経緯 看護教育強化プロジェクトがH14年5月をもって5年間の活動期間を終了する。この活動期間内で多くの技術移転をしてきたが、その中でも特に7分野においては、週平均1回の委員会活動を継続し、移転された技術の強化を行ってきた。その結果、各々の分野で第三国専門家として活動できる人材を育成することができた。そこで、看護教育分野において同様の問題をかかえ、何年もの間明らかな改善がみられないまま現在に至っている近隣諸国に対し、当国の専門家による技術の普及活動を実施する。</p> <p>割当国 RDに記載のある国 コスタリカ、ドミニカ、グアテマラ、ホンデュラス、ニカラグア、パナマ</p>	<p>上位目標 中米・カリブ諸国における看護の質の向上をめざした看護人材育成のための看護教育強化を図る。</p> <p>研修対象者 看護教師、臨地実習指導者、臨床看護師。 所属・職位は特に問わない。 各コース10名の研修員で、1回に2コース実施のため計20名を予定している。</p> <p>特記事項 *研修諸費 945.125百万円・受入れ諸費 467.825百万円 (合計 1,412.95百万円)</p>

表A1-11 看護研修コース 現地国内研修（1985～2004年）

案件No.	コース名 実施国	設立経緯/関連案件	コース概略（目標、対象者等）
76	<p>中華人民共和国</p> <p>医療人材の養成（貧困地区医療技術研修）</p> <p>協力期間 2000～2004年</p> <p>通算期間 5年</p> <p>定員 50名</p>	<p>設立経緯</p> <p>経済発展に取り残されている中国西部地域の県レベルの医療水準を上げることにより、同地域の医療サービスを向上させ、貧困削減を行うべく、中日友好病院にて西部地域を対象とした医療技術者研修が立案された。</p> <p>関連案件</p> <p>無償資金協力「中日友好病院建設計画」</p>	<p>上位目標</p> <p>経済発展に取り残されている中国西部地域の県レベルの医療水準を上げることにより、同地域の医療サービスを向上させ、貧困を削減する。</p> <p>研修目標</p> <p>中国医療人材（検査技師、技師、医師、看護師）の養成（貧困地区医療技術研修）</p> <p>研修対象者</p> <p>記載なし</p> <p>研修内容</p> <p>年度ごとに研修内容の詳細を変更しているが、基本思想として、中日友好病院における先進的な医療技術の紹介と研修員相互の症例討論、関連施設の視察などを中心に研修スケジュールが立てられている。各年度の主要な研修課題は以下のとおり。</p> <p>1年目（2000年度）</p> <p>講義による研修、研修員相互の症例討論を中心とし、研修員の診断能力を高めるとともに、北京市内の他の病院施設の視察を行う。</p> <p>2年目（2001年度）</p> <p>外科医療分野で多く見られる病状の診断、治療方法を中心とした研修を行う。</p> <p>3年目（2002年度）</p> <p>医学映像が研修課題の中心。すなわち、一般的なX線診断、CT診断、MRI診断、超音波診断などの診断方法を研修するとともに、腫瘍に対する放射線治療等の技術を紹介する。</p>
77	<p>ホンジュラス看護教員訓練計画</p> <p>協力期間 1999～2001年</p> <p>通算期間 3年</p> <p>定員 120名</p>	<p>設立経緯</p> <p>当国の開発における重点分野としては教育及び保健医療があげられ、保健医療分野においては従来から母子保健、栄養、水と衛生、エイズ、感染症などが優先度の高い課題とされている。しかしながら人員及び組織体制の脆弱さが問題とされ、特に地方における人材の育成が急務とされている（平成10年度プロジェクト形成調査団報告書）。本研修はプロ技の成果を活用し、保健医療従事者の育成に当たっている教員の訓練を通じて、保健医療水準の向上を図るものである。特に本年のハリケーン被害のため、医療体制の改善は急務となっている。</p> <p>関連案件</p> <p>技術協力プロジェクト「看護教育強化」</p>	<p>上位目標</p> <p>本研修の実施によって、看護・医療教育従事者の教育技術が改善され、看護補助員、看護師等医療従事者の医療水準の向上に資することを上位目標とする。</p> <p>研修目標</p> <p>本研修終了時に研修員は、看護師・看護補助員等の教育・訓練に関する改善された知識・技術が習得できる。</p> <p>研修対象者</p> <p>チョルテカ市、サン・ペドロ・スーラ市、テグシガルパ市等の看護補助員養成校教員（厚生省）。ラ・セイパ市、サン・ペドロ・スーラ市、テグシガルパ市等の看護師養成校教員（大学）、地域保健所等の看護師などおよそ50名</p> <p>研修内容</p> <p>看護補助員・看護師等及び学生に対する教育実施者の看護教育技術の改善を図るため、教育技術、教育におけるニーズ・問題の把握、教育計画の策定方法などの指導、新しい医療情報の提供を行う。</p> <p>研修科目；</p> <p>1) 健康増進の考え方 2) 健康増進計画作成</p>

案件 No.	コース名 実施国	設立経緯/関連案件	コース概略（目標、対象者等）
			3) 新しい医療情報 4) 教育技術の改善 5) 教育管理 6) 継続教育 7) 保健衛生教育計画の計画・実施・評価
78	ベトナム 臨床技術研修（チョーライ病院） 協力期間 1999～2003年 通算期間 5年 定員 465名	設立経緯 ベトナムにおいては、薬品、医療機材の不足、熟練した医師、看護師等の不足により、医療サービスが量的、質的に不足しており、その結果国民の健康状態に深刻な影響を及ぼしている。このような状況に対し、ベトナム保健省は、医療水準の向上を図るため、南北にそれぞれ直轄病院を配置し、当該地域の下位病院に対する研修機能を与えており、南部の直轄病院は、チョーライ病院である。我が国は、これまで2度にわたり、チョーライ病院に対して、同病院の機能強化を目的とした技術協力を実施したほか、2度の無償資金協力による新病院の建設、機材供与、施設改善を行った。2度目の技術協力は、保健医療新5ヵ年計画（1996-2000年）が進行し、保健医療の質および保健医療ネットワークの改善が最重要課題として上げられ、これに基づいて、地方への裨益効果を前提とした基幹病院の整備が重視されたなか、1995年4月1日から3年間にわたりプロジェクト方式技術協力を実施した。そして、1年間の延長を行ったあと、1999年3月31日に初期の目標を達成し協力を終了した。今般、南部の拠点病院としてのチョーライ病院を基点にして、南部地域の臨床医師、看護師を対象に、臨床各分野に関する技術指導を目的として現地国内研修を実施することとなった。 関連案件：技術協力プロジェクト「チョーライ病院プロジェクト」	上位目標 南部ベトナム地域の省レベルの病院の臨床技術の向上を図る。 研修目標 臨床医師及び看護師の臨床各分野（脳外科、循環器疾患、胃腸疾患、ICU及びICU看護）に関する理解及び技術を向上させる。 研修対象者 南部ベトナム地域の省レベルの病院臨床医師及び看護師 研修内容 以下について研修を実施する。臨床各分野（脳外科、循環器疾患、胃腸疾患、ICU及びICU看護） 特記事項 なし

付録2. 主要ドナーの看護教育に関する取り組み

2-1 WHO

WHOは、50年間以上にわたって看護助産分野への協力を続けており、教育機関の強化のため看護助産の基礎教育のカリキュラムのレビュー・改正・改善のための支援活動を行ってきた。カリキュラムの開発は当該国の開発状況や保健サービスのニーズに応じて変化する看護・助産師の役割に応じて行われるものであり、プライマリ・ヘルス・ケア(PHC)・システムにおける看護・助産師の役割に対する認識が高まるなか、カリキュラム開発の中でもPHCに関連した項目の強化がなされてきた。

WHO本部の保健人材部(Department of Human Resources for Health)の中には看護助産課(Office of Nursing and Midwifery)があり、各地域事務局(Regional Office)には看護アドバイザー〔Advisor for Nursingもしくは看護助産アドバイザー(Advisor for Nursing and Midwifery)〕を置いている。

1948年以来、WHO総会では看護・助産を強化するための様々な決議がなされてきたが、2000年11月の総会では、「すべての人に健康を(HFA)」の目標を達成するために看護・助産サービスを強化するための決議(WHA.45.5)がなされた。そこでは、すべての国々に以下の事柄に早急に対処することが呼びかけられている。

- ①看護助産サービスのニーズを把握し、看護保健人材の役割と勤務実態について評価する。
- ②すべての保健医療サービスのレベル、中央保健省及び地方自治体の保健プログラム所管機関も含め、看護保健人材のマネジメント能力・リーダーシップを強化し、その地位の向上を図る。
- ③よい看護助産サービスを確保するため、必要な法律・規則を制定する。
- ④看護助産の教育を強化し、「すべての人に健康を」の戦略に沿った教育プログラムを採用し、人々の保健医療サービスのニーズに対応するため、適切な改正を行う。
- ⑤保健医療サービス供給、特にPHCに看護助産サービスが最大限に貢献できるよう、保健医療サービスの研究を推進・サポートする。
- ⑥人材のモチベーションを維持し、サービスの質を向上させるため、適切な労働条件を確保する。
- ⑦看護助産活動のために必要なリソース(財政面、人材面、ロジスティックス)を確保する。
- ⑧看護助産サービスの貢献度が保健医療政策に反映されるようにする。

教材・参考図書の提供

WHO/WPRO(西太平洋事務局)は、地域事務所を通じて看護学校に対して教育機材や図書館の図書の支援を行っている。また、カンボジア、中国、ラオス、ベトナムにおいては

基本的な看護教育教科書やマニュアルの現地語への翻訳を支援し、基礎教育・継続教育プログラムで利用できるマニュアルの製作・出版を行ってきた。1993年には看護師のためのHIV/エイズのレフェレンス・ライブラリーを出版し、HIV感染予防と患者のケアに必要な情報を提供している。1995年には教授陣に対する老人看護の教授マニュアルを出版している。さらに、各国のニーズに対応した研修マニュアルや学習教材の開発を支援しており、例としてはパプア・ニュー・ギニアにおける感染対策と看護過程マニュアル、中華人民共和国における感染症マニュアルなどがある。WHOの50周年には、WPROは“Nursing care of the sick: a guide for nurses working in small rural hospitals”と題した看護教科書を出版し、6か国語に翻訳され、地域内の看護学校や医療施設に配布された。

卒後教育コースの開発

WPROは看護サービスの質を高めるために、看護師のための卒後教育コースを開発する国々を支援している。フィジーでは基礎教育後の助産コース・公衆衛生コースの開発協力を行った。両コースは約6か月間のもので、毎年太平洋諸国から受講生を受け入れている。1996年には両コースは改良され、助産コースにはWHO Safe Motherhood Programmeによる救命助産技術のモジュールが加えられ、公衆衛生コースには過疎地の看護師に必要とされる基本的なPHC臨床技術が加えられ、強化された。

また、フィジーの看護学校には看護実務コースが、サモアではAdvanced Diploma of Nursing in PHC Programme（看護実務コースに相当）がWHOの協力により開設されている。両コースの目的は農村部のコミュニティで働く看護師の上級臨床実務(advanced clinical practice)能力を向上させることである。

また、WHOは教授陣に対する奨学金の提供、看護学校に対する教育・学習教材等の提供を行っている。

継続教育

WHOは数多くの国レベル、地域レベルのワークショップを実施し、継続教育による看護サービスの質の向上を支援している。例えば、ベトナムでは病院に勤務する看護師に対してコミュニティ・ヘルス・サービスの現任教育を実施している。また、継続教育を受ける機会から取り残されている農村部の保健要員に対して新たなアプローチで技術向上の機会を提供する試みを続けている。例えば、フィジーのすべての郡(district)では中堅看護マネージャーに対して1年間の遠隔教育をテレビ会議(teleconferencing)システムを使って実施している。また、AMラジオ放送を使って農村部に勤務する看護師の技術向上コース（“Health Care on the Air”）をフィジー、トンガで行っている。

看護研究の推進

WHOは、WHO協力センター(WHO collaborating centers in nursing)との協力や奨学金・ワークショップを通じて、看護研究を推進してきた。

WHO の協力例

- モンゴル看護教育への支援：1995年に短期コンサルタント派遣し、看護教育改革のアクションプラン策定のためのワークショップに参加した。ワークショップでは看護教育、看護師の役割と責務、看護ケアのマネジメントについて検討がなされた。
- ラオス看護教育への支援：主に政策に対する援助を実施しており、コンサルタントを派遣して看護助産人材の教育カリキュラム作成、人員配置計画を支援している。

2-2 世界銀行

世界銀行は、その保健・栄養・人口ユニット(Health, Nutrition & Population Unit)の中の保健医療制度開発グループ(Health Systems Development Group)が保健財政、健康保険、官民パートナーシップ、医薬品、病院のマネジメントとともに保健医療人材に関連する事柄を担当し、知識の開発・普及を図っている。保健医療人材に関する具体的な活動実績については、まだホームページ上では公開されていない。

世銀の協力例：

看護教育への協力の事例としては、ウズベキスタンにおいて1988年から実施している保健プロジェクト(Health I:1998-2003年、総額3,000万米ドル)の目的のひとつに医師および看護師の再教育を上げており、プロジェクトの一環として、パイロット地域の医療専門高校/学校15校に対して看護教育用機材等の整備を行った。

2-3 USAID

USAIDの保健分野での戦略は、母子保健、HIV/エイズ、家族計画及びリプロダクティブヘルス、感染症対策、環境保健等のプログラムを通じて世界の人口を安定させ、保健を向上させることを目指している。保健医療人材の育成、看護助産師の教育に対する支援は、これらのプログラム、プロジェクトを通じた現任教育(in-service training)を数多く実施している。

USAID の協力例 1 : JHPIEGO (Johns Hopkins University の関連機関) によるリプロダクティブヘルス関連トレーニング

マラウイの看護・助産師の教育、実習、業務を規定する役割を担っているマラウイ看護・助産委員会 (Nurses and Midwives Council of Malawi : NMCM) では、電子看護師登録 (electronic nursing registry : ENR) によって看護・助産師の登録、免許、配置を容易にモニターすることが可能となった。このデータベースには 6,200 人を超える看護・助産師のデータが入力されており、14 種類の保健人材計画・開発に関連する報告書から体系的に情報を収集することができる。ENR は JHPIEGO の協力によって 2001 年に NMCM によって取り入れられ、それまで紙のカード・カタログ・システムで保管されていたデータをデジタル化した。このシステムにより看護・助産師の登録人数、免許の更新状況、マラウイ内外での配置状況を容易にモニターすることができるようになった。また家族計画・リプロダクティブ・ヘルス関連を中心とした継続教育のニーズの予測にも利用されているが、保健人材政策、能力開発システムの検討にも必要なデータを提供できることが期待されている。このシステムにより、何人の看護師が最近死亡したかを把握することができ、HIV/エイズの看護職人口への影響の推測、毎年何人の看護職がマラウイ国外に移住しているかを把握し、その原因を知ることで、マラウイ国内に看護職を留めるためのプログラム策定のために利用できることが期待されている。

USAID の協力例 2 : Technology -Assisted Learning Centers (TALC)

TALC は JHPIEGO がリプロダクティブヘルスのトレーニング (TRH) プロジェクトの一環としてとして行っており、低所得国における基礎教育 (pre-service)、現任教育 (in-service training) を提供する教育機関の教授陣、実習教員、臨床スタッフをサポートしている。また、医学生、看護・助産の学生に対しては将来の仕事に備えるために必要な電子情報を提供している。

TALC は各施設のコンピューター・ステーションをネットワークで結び、保健関連の CD-ROM ライブラリーを提供し、ハードウェアと初期のトレーニング、CD-ROM のレフェレンス教材を提供し、1 年間の機材メンテナンスとインターネット接続を提供する。相手機関は適切な教授陣、スタッフを配置し、最初の 1 年が経過した後は維持管理費を自己負担する。長期的な持続性確保のため、ユーザー・フィー等を設ける。1999 年以來、USAID の資金を受けて、TRH プロジェクトは 7 か国 (ボリビア、エクアドル、ハイティ、ケニア、ネパール、ウガンダ、ウズベキスタン) 11 か所に TALC センターを設置しており、マラウイに 5 か所、ガーナに 2 か所、新たに設置する計画である。

USAID の協力例 3 : ボリビアの看護基礎教育カリキュラムにロジスティックスを取り入れる試み

JSI(John Snow Inc.)が USAID の資金を得て実施していた Family Planning Logistics Management project (FPLM、現在は DELIVER)は 1999 年にボリビア、サンタクルスで看護学生に保健用品のロジスティックスを教えるパイロット・プロジェクトに関する成果を発表した。この成果により、今日ボリビアの公的看護学校 39 校すべてでロジスティックスが教育カリキュラムに含まれるようになった。1996 年に同国で避妊用品のロジスティックス・システムが導入された際には、中央レベルのスタッフに研修を実施し、研修を受けた者が次のレベルの研修を実施するという徐々に研修が波及されていく方式をとっていた。しかし、この方式では末端レベルで研修を受けるスタッフの数が限られ、研修を受けたスタッフが離職してしまえばロジスティックスのことがわかる者がいなくなってしまうという危険が伴った。ガブリエル・レネ・モレノ大学で 1997 年から看護教育カリキュラムに約 5 時間のロジスティックスに関する教育を加える試みが開始され、その後改良が加えられ、1999 年に新たな研修モデルとして確立した。2000 年以降 FPLM/DELIVER とボリビアの保健省が共同で全国の看護教員に対する研修プログラムを開発し、実施している。2002 年から同国で導入されたユニバーサル母子健康保険 (Seguro Universal Materno Infantil, SUMI: mother-child (under 5) universal insurance)、320 種類の必須医薬品の包括的マネジメントを定めた法律 (Sistema Nacional Unico de Suministros, SNUS: only national system of supplies) の施行に活用され、成果を上げることが期待されている。

2-4 CIDA

CIDA は 2000 年 9 月に、今後 5 年間の行動枠組みを示した指針文書「CIDA の社会開発優先課題」(CIDA's Social Development Priorities: A framework for action) を発表し、その中でベーシック・ヒューマン・ニーズの優先課題として「保健と栄養」「基礎教育」「HIV/エイズ」「子どもの保護」の 4 分野をあげており、5 年間で総額 28 億 1100 万カナダドルを計上している。

CIDA の看護教育への協力例: Health Education Link Project (HELP)

CIDA は国際開発に関わるカナダの大学に対して支援を行っている。ロシア、シベリアの看護教育改革に対して CIDA は 340 万カナダドルを供与している。このプロジェクトはカナダ、Edmonton の Grant MacEwan Community College によって実施され、同大学から派遣された専門家が看護師の専門性・社会的評価を高めるため、教育プログラムを開発する。このプロジェクトにより、シベリアの Tyumen 地方の 36,000 人の看護師の教育内容が改善された (2001 年 5 月の CIDA の News Release より)。

2-5 GTZ (ドイツ技術協力公社)

GTZ は保健医療人材育成への支援を保健分野における戦略的な課題の一つとしており、その理由として以下の 3 つをあげている。

- GTZ は保健分野の人材マネジメント (HRM) と質的マネジメント (QM) に経験を蓄積している。
- GTZ はキャパシティ・ビルディングを技術協力の中心的役割と考えており、保健医療分野に限らず他のセクターにおいても長年 Capacity Building のための活動を行ってきた。

- 今日保健医療人材の問題に対処するために、建設的かつ根拠に基づいたアプローチに対する国際的議論、関心が高まってきた。

GTZ の協力例 1 : 調査研究プロジェクト

GTZ は WHO と協調して、非金銭的なインセンティブが途上国の農村部に勤務する看護師・医師のモチベーションに与える影響に関する調査研究を進めている。モチベーションは保健要員のパフォーマンスを左右する重要な要素であるが、根拠に基づいた研究成果は限られている。GTZ は WHO と調整しつつ、この調査を進めている。

GTZ の案件例 2 : カンボジアドイツ保健医療サービス改善プロジェクト (無償・技協) 実施期間 : 2002~2006 年、援助総額 38 万 3,000 米ドル

保健医療従事者の Capacity building 及び地方看護学校に対するサポートを行ってきた。今後は医療保険制度の政策支援や貧困層への保健医療サービス充実等を計画している(「カンボジア基本設計調査」から)。

2-6 DfID

DfID は、従来から特にサハラ以南のアフリカ諸国において医療従事者の人材育成への支援を行っている。一例として、マラウイで1998年から保健科学カレッジ(Malawi College of Health Sciences)に対する支援を行い、看護師を含むコメディカルの不足の解消、質的向上を目指している。

2-7 フランス(French Cooperation)

フランスは、カンボジアにおける保健セクター支援(無償・技協)を実施している(実施期間:2002-2005年、援助総額34万米ドル)。国立医療技術学校(Technical School for Medical Care:TSMC)において助産師、麻酔看護、幹部看護に関する教育支援を行ってきており、今後も促進していく計画である。

2-8 ルクセンブルグ

ルクセンブルグは、ラオスの看護助産分野で支援活動を行っている。2002年よりビエンチャン県の郡病院に対して資金的・人的援助を開始し、フィリピン人派遣専門家により基準看護手順を作成・使用するなど、現任教育(in-service)の改善を支援している。同郡病院は、現在ではLux-Vientiane病院と改名され、県病院に昇格している。また、2004年度からはビエンチャン県看護技術学校で看護助産技術師(Technical Diploma Nurse/Midwife)の養成を開始しており、施設新改築の計画もある。

2-9 EU

ウズベキスタンでTACIS（Technical Assistance to the Commonwealth of Independent States：独立国家共同体技術支援）の一環として、病院で働く看護職のレベルアップを図る技術協力等を実施した（規模3200万米ドル、1998～1999年）。

2-10 DANIDA（デンマーク国際開発支援機構）

モザンビークで実施された保健セクターへの支援プログラム（DANIDAHSPSⅢコンポーネント2）の中で、①基礎看護教育のカリキュラム見直し、②中央レベルの職員強化、③現任教育の戦略と国家計画への支援を実施した（規模60万米ドル、2002～2004年）。

2-11 韓国

ウズベキスタンにおいて、韓国輸出入銀行が看護教育機材購入のための借款（1998～2001年）を実施し、全国の医療専門高校／学校のコンピューターシステムを整備した（規模3,500万米ドル）。また、同国で韓国国際協力事業団が看護教育専門家の派遣及び韓国への研修員60名の受入れ（2001年）を実施した。

2-12 AusAID

AusAIDは、2003～2004年に推定2億4750万オーストラリア・ドルの保健分野における援助支出を行っており、その内訳は41%が基本的ヘルスケア、25%がガバナンス、21%がHIV/エイズを含む性感染症対策、7%がその他の人口政策及びリプロダクティブヘルス、6%が医学教育・研究及びサービスに対する支援となっている。

AusAIDの重点地域である大洋州地域における保健医療分野の支援には、二国間援助のほかWHO、UNICEFと協力した拡大予防接種プログラムなどの感染症対策、及び非感染症対策、リプロダクティブヘルス・家族計画のトレーニング、専門分野の医療サービスの提供とトレーニングなどの広域プロジェクトがある。看護・助産分野人材育成に関わる支援としては、オーストラリアの大学で修士課程レベルまでの教育を受けるための奨学金（Australian Development Scholarships）、大洋州地域内で正規学生として、または遠隔教育を受講するための奨学金（Australian Regional Development Scholarships）、オーストラリアからのボランティアの派遣（Youth Ambassadors for Development アジア諸国にも派遣）などがあげられる。

付録3. 基本チェック項目

看護教育のアプローチを選択するには、対象国の開発状況や保健医療制度、システム、サービスに関する情報が不可欠である。特に、看護教育分野の基本チェック項目としては、看護サービスを支える「政策・計画」「養成・配置」「看護基礎教育」「看護継続教育」の情報が重要である。以下に、基本チェック項目を提示するが、いくつかのデータはWHO、UNDP、WBなどの統計資料が参考となるが、国別の看護教育に関するデータは、報告されている例は少ない。

基本チェック項目（看護教育）

チェック項目／指標	単位	計算方法	備考
政策戦略関連1（保健医療全般）			
1 国家保健医療政策・戦略 National Health Plan (Policy and Strategy)			保健医療政策の有無、あればいつ作成され、ドナーの支援があったか、人材育成の位置づけ確認
2 国家保健医療財政 National budget for health			予算と支出の金額、執行率、ドナー援助/総支出等
3 国家保健人材開発計画 National human resources development plan			保健人材開発計画の有無、あればいつ作成され、ドナーの支援があったか、看護・助産人材の位置づけ確認
4 他ドナーの協力実績・動向 Policy and activities of other donor agencies			看護教育・保健人材開発に関わるほかドナーの協力実績・動向を確認
政策戦略関連2（看護関連）			
5 看護・助産人材養成配置計画・予算 Nursing and midwifery personnel development and deployment plan			計画と実行状況。教員の養成・配置も含む。辺境地や過疎地での就労を義務づけるような制度はあるか。民族、文化、言語が異なる地域はあるか。
6 看護・助産人材に関する規定 Regulations of nursing and midwifery personnel			資格、名称、教育、業務内容を定めたものなど
7 看護・助産人材教育施設に関する規定 Regulation for nursing and midwifery educational institution			統一カリキュラム、教育資格・数、施設等、日本での学校指定規則（養成施設許認可のための規則）にあたるものの有無、及び内容
8 資格認定試験の有無 Examination for license			看護学校を卒業するだけで資格を得られるのか、国家試験等があるかどうか
9 看護職免許、登録 Registration and licenser of nursing midwifery personnel			保健省か、看護審議会等の職業団体か
10 免許の更新 Renewal of the license			免許は終身有効か、更新が必要か、更新の際には何が求められるか（更新の頻度、時期など）
保健医療システム、保健医療サービス関連			
11 関係省庁の組織図、関連部署及び役割 Organizational chart、relative sections and responsibilities			「看護課」など関連部署の役割を確認

チェック項目／指標	単位	計算方法	備考
12 レファラル・システム、レベル別保健医療施設の数、病床数 Referral system, No. of health facilities and beds by referral level	個数		ヘルスセンター、district hospital, provincial hospital, central hospital, 専門病院などの数。民間セクター等の状況も把握。
13 医療従事者の種類、種類別人数、職務内容 No. and type, job description of health personnel			TBAなども含む。民間セクターの状況も把握。基礎教育未修了者が就労している例はないか確認。特に看護職。
14 人材配置計画と実際の配置状況 Deployment plan of health personnel and state of deployment			施設のレベル別配置計画の有無、配置状況、特に看護・助産人材。計画と齟齬がある場合はその理由。
15 保健支出に人件費が占める割合 % of health expenditure on manpower	%	人件費／保健支出	
16 医療保険制度 Health Insurance			医療保険の有無や支払能力によって治療内容が変わる場合もある。
医療従事者の指標			
17 10万人当たりの医師の数 Number of physicians per 100,000 population		医師の数／人口×100,000	17～19は、 http://www.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp で入手できる
18 10万人当たりの看護師の数 Number of nurses per 100,000 population		看護師の数／人口×100,000	看護師の定義を確認（統計に含まれる「看護師」の種類）
19 10万人当たりの助産師の数 Number of midwives per 100,000 population		助産師の数／人口×100,000	助産師の定義（統計に含まれる「助産師」の種類）を確認
20 医師／看護師の比率 Physician/nurse ratio		医師の数／看護師の数	
21 看護協会／助産師協会があるかどうか。ある場合、その機能。 Associations of nurses/midwives			看護協会／助産師協会等職業団体があるかどうか。ある場合、その役割・機能は何か
看護・助産人材の不足原因：看護職の種類別			
22 養成不足か雇用不足か Shortage of graduates or employment			これらの問題が当該国でどの程度深刻か確認し、政府の対策を確認する
23 国内の人材配置の格差 Mal-distribution within the country			
24 公立、私立の人材配置の格差 Mal-distribution public to private health institutions			
25 他セクターへの人材流出 Flow of nursing and midwifery personnel to sectors other than health			
26 国外への頭脳流出 Migration of nursing and midwifery personnel to other countries			
27 HIV/エイズの影響 Effects of HIV/AIDS			
看護基礎教育制度：看護職種別			
28 看護教育の歴史と変遷 History of nursing and midwifery education			看護師の教育レベルや職種等を把握する
29 看護基礎教育前の就学年限（初等・中等） Basic general education	年		
30 看護師のタイプ別就学年限 Years of professional education to be an enrolled/registered nurse	年		

チェック項目／指標		単位	計算方法	備考
31	助産師のタイプ別就学年限 Years of professional education to be an enrolled/registered midwife	年		
32	保健師の就学年限 Years of professional education to be a public health nurse (PHN)	年		
33	養成校の種類と数 Number of educational institutions by type			職種・レベル別、政府系/私立別の数
34	実際の入学者数/定員 Actual enrollment/fixed number of students	%	実際の入学者数/定員	
35	看護教育施設教員数 Number of teaching staff at educational institutions	人		
36	看護教員の資格 Required qualification for teaching staff			教員の資格が定められているかどうか、あればその内容
37	教員の待遇、労働環境 Working condition of teaching staff			社会的地位、給与、就労規則等
38	教員の資格を満たす教員の割合 % of qualified teachers	%		教員の質。実際の教員はどんなバックグラウンドをもっているか。博士・修士・学士・専門学校卒の別。
39	看護職/教員 Nurses and midwives / teaching staff	%		看護職が少なく、医師や医師補が多数を占める場合もあるので確認
40	看護教員の担当科目と専門性 Relationship between teaching subjects and qualification (experience)			専門性のある教員が少ないため、教員が専門分野ごとに分けられていない場合もある
41	カリキュラムとシラバス Curriculum and syllabus			改正されたのはいつか、現状にあっているか等
42	教材 Teaching materials			適切な教材があるかどうか
43	教育環境 Teaching environment			学生の数に対して教員が不足していないか、学習環境は適切か、教育用機材等はある、適切に管理されているか
44	学校施設の状況 School facilities			
45	学校運営 School management			学校運営は適切に行われているかどうか
46	中退率 Drop-out rate	%	中退者数/年度当初学生数	教育の効率をみる
47	就職状況 Employment			保健セクターへの就職率、主な就職先等
看護継続教育				
48	看護職のキャリア・パス Career path of nursing and midwifery personnel			
49	学士課程 Bachelor course			修学年限、学校数、定員、学生数、修了後の進路等を確認
50	修士課程 Master's course			修学年限、学校数、定員、学生数、修了後の進路等を確認
51	博士課程 Doctor's course			修学年限、学校数、定員、学生数、修了後の進路等を確認
52	看護教員養成 Pedagogical education			入学資格、修学年限、学校数、定員、学生数、終了後の進路等を確認

チェック項目／指標		単位	計算方法	備考
53	専門看護師養成 Education for nurse specialists			入学資格、修学年限、学校数、定員、学生数、終了後の進路等を確認
54	その他の継続教育プログラム Other in-service/continuing education programs			
基本統計				
55	乳児死亡率 Infant Mortality Rate: IMR		1歳未満の乳児死亡数/出生数×1,000	
56	5歳未満児死亡率 Under 5 Mortality Rate: U5MR		5歳未満児の死亡数/出生数×1,000	
57	妊産婦死亡率 Maternal Mortality Rate: MMR		妊産婦死亡/出産数×100,000	
58	主な死因 Main causes of death			10大死因程度まで
59	出生時の平均余命(男/女) Life Expectancy at Birth			
60	粗出生率 Crude Birth Rate	人		ある年の人口1000人当たりの出生数の比率。年間の出生数を同年の年央人口で割ったもの
61	年平均人口増加率 Population Growth Rate	%		各国の年平均人口増加率
62	総人口 Total Population	人		各国の人口の現在の規模
63	推計人口 Projected Population	人		各国の人口の将来規模
64	都市人口の割合 % of Population Urbanized	%		各国の人口の中の都市人口の比率
65	成人識字率 Adult Literacy Rate	%	15歳以上成人識字者/15歳以上成人人口	15歳以上で、日常生活に関する短く簡単な文章を、内容を理解しながら読み書きできる人の割合
66	初等教育総就学率、男女比 Gross Enrollment Rate in Primary Education, Men/Women's Ratio	%	初等教育の在籍児童数/初等教育学齢人口	就学率にはGross(総)とNet(純)の2種類がある。総就学率は、在学者数と学齢生徒数の比であるのに対し、純就学率は、学齢在学者数と学齢生徒数の比である。総就学率では、遅れて入学したり、中退・復学・留年によって、本来の年齢より高くなった人の数は訂正されずそのまま含まれている。
67	初等教育純就学率、男女比 Net Enrollment Rate in Primary Education, Men/Women's Ratio	%	初等教育学齢の在籍児童数/初等教育学齢人口	

出所：INJF, Nursing in the World, 4th edition, 2004

UNICEF「世界子ども白書2004」

JICA国際総合研究所「開発課題に対する効果的アプローチ リプロダクティブヘルス」2004

付録4. 地域別の看護教育の現状と優先課題

4-1 看護教育における地域性と課題

看護教育制度は各国の開発レベルや経済状況、宗教・文化、政策・戦略などの影響を多大に受け、看護基礎教育は看護・助産技術者養成の高等教育であり、他の高等教育と同様、初等教育、中等教育を土台としている。特に、植民地であった途上国の多くは、その宗主国の教育政策の影響を大きく受けており、影響は現在でも色濃く残っている。また、影響因子の状況が多様であることから、同地域でも国によって課題は著しく異なるため、看護教育の課題を地域別に整理することは困難である。例えば、東南アジアのフィリピンの看護基礎教育の質は、先進国で就労可能な看護・助産人材を輩出するほどの高いレベルであるが、同地域のラオスやカンボジアの看護教育はそのレベルに遠く及ばない。アフリカ地域では、ケニアやガーナ、南アフリカの看護職の質は高く、それらの国々から先進国へ人材が流出しており、サブサハラアフリカのほとんどの国はその対極にある。また、内戦により、保健医療システム全体の再構築を迫られている国や、復興中の国もある。したがって、課題の地域別の整理に代えて、看護教育制度等について記述する。

4-2 看護・助産人材の不足について

看護職人材／保健医療人材の不足に関する確立された定義はない。アメリカ合衆国における人口10万人当たりの看護師及び助産師の数は773であるが、看護師・助産師は不足しているといわれている一方、ウガンダでは10万人当たりの看護師及び助産師の数は約9で、同じ「不足」でも85倍以上の開きがある。必要とされる看護師の数のレベルはそれぞれの国の経済的・歴史的要因、保健医療サービスの需要予測、サービスの利用状況など様々な要因によって影響されるが、一般的には「現状の数」と「より高いレベルの保健医療サービスを提供するために必要とされる人材の数」のギャップとして考えられ、数値化することは難しい。しかしながら、WHOの各地域事務局が発表している人口10万人当たりの医師・看護師・助産師の平均数を比較することで、地域格差の状況を把握することはできる。アフリカ地域、東南アジア地域で人口当たりの看護師、医師ともに著しく少ないことがわかる（表A4-1）。また、表ではアメリカ地域の平均は北米・中南米両地域の値であるが、南米の人口10万人当たりの看護師・医師の数は北米の約10分の1であるといわれている¹。

¹ International Council of Nurses, “The Global Shortage of Registered Nurses: An overview of Issues and Actions,” 2004, p. 4.

表A4-1 人口10万人当たりの医師・看護師・助産師の数（各地域の平均）

地域	医師	看護師	助産師
アフリカ	17	71	20
アメリカ(北米・中南米)	212	414	n/a
東南アジア	45	59	3
ヨーロッパ	327	663	42
東地中海	96	159	n/a
西太平洋	157	186	13

出所：WHO, 2004

注：もともになる国ごとのデータは国によりregistered nurseのみの数、enrolled nurse等を含んだ数を報告している。

WHOが公表している国ごとの医師・看護師・助産師の数はあるが、看護師・助産師の数の国ごとの比較は難しい。なぜなら、WHOに報告している各国の「看護師」「助産師」の定義が一樣ではないからである。例えば、准看護師（enrolled nurse等）を含んだ数を看護師として報告している国々がある一方、registered nurseの数のみを看護師の数としてWHOに報告している国々がある²。なかにはnursing aide（看護助手）、補助員など他国では正式には看護師とは見なされない要員の数を含んで報告している国々もある。また、助産師の数を看護師の数に含めて報告している国々もあるため、表A4-2では「看護師及び助産師の数」を示す。

表A4-2 人口10万人当たりの看護師及び助産師、医師の数

国名	看護師及び助産師	医師
日本	840	201
アメリカ合衆国	773	549
インドネシア	49	16
タイ	162	30
スリランカ	79	43
パキスタン	47	66
カンボジア	85	16
ラオス	103	59
ウズベキスタン	1079	289
フィジー	196	34
ホンジュラス	26	83
エルサルバドル	66	127
パラグアイ	20	117
エジプト	276	212
ケニア	90	13
セネガル	29	8
モザンビーク	28	2
ウガンダ	9	5

出所：WHO, October, 2004（もとのデータは小数点以下の桁が統一されていないが、比較を容易にするため、小数点以下を四捨五入して表示した。）

注：国によりregistered nurseのみの数、enrolled nurse等を含んだ数を報告しているため、一概に比較はできない。

² International Council of Nurses, The Global Shortage of Registered Nurses p. 9の記述によれば、WHOが収集する各国の「看護師」の数の中に広義の看護師として「助産師」が含まれている場合があるほか、補助員(auxiliary and unlicensed personnel)が含まれている場合もある。

4-3 開発途上国における看護教育制度

世界各国の看護教育制度についてまとめた資料として、財団法人国際看護交流協会(INJF)出版の“Nursing in the World”がある。2000年に発行された第4版が最新版であるが、国ごとに制度の見直しを行っている場合があるため、案件形成等調査時には最新の看護教育制度についての情報を確認する必要がある。多くの途上国では日本の正看護師に相当する高卒後3～4年の養成課程を経て養成されるRegistered Nurseと中卒または高卒後1～2年の養成課程(1年未満の場合もある)を経て養成されるEnrolled Nurse、Auxiliary Nurseなどと称される日本の准看護師に近い職種がある。教育制度の改革途中には従来の資格に加えて、新たな複数の資格の看護師が同時に養成されている場合もある。

看護教育制度は国によって異なるが、大きく次の3つのパターンに分けられる。

- ①日本や多くの先進国と同じように、看護師の基礎教育を終了してから助産師になる教育を受けるパターン
- ②看護師と助産師が別々に養成されるパターン。助産師の養成期間が看護師の養成期間より短い場合が多い
- ③看護師、助産師の明確な資格区別がなく、看護/助産師として養成されているパターン

また、基礎教育課程を卒業すると同時に資格免許が与えられる国々と、国家試験など認定試験を課す国々とがあり、免許も終身有効な国々と、定期的な更新が必要とされる国々がある。また、中南米のように大学看護教育において「社会奉仕制度」という独自の制度が設けられ、修了前の一定期間、臨地で実習することが義務づけられている国々もある³。

表A4-3 看護師の基礎教育を終了してから助産師になる教育を受けるパターン

	エジプトの例	カンボジアの例
看護師資格(nursing license)	認定試験なし、登録は主に保健省、終身有効	認定試験なし、登録は保健省、資格有効期間は未確認
入学資格(basic general education)	9～12年間(中卒・高卒)	12年間(高卒)
看護師養成(Registered Nurse)	Diploma course 中卒後3年間または高卒後2年間 Bachelor course 高卒後4年間+internship 1年間	看護師コース 3年間
助産師養成(Midwife)	3年間の看護学校の後2年間助産学校で学ぶ 看護学校4か月間の研修または1年間の専攻科	看護師コース 3年間終了後 助産師コース 1年間
保健師養成(Public Health Nurse)	看護学校 2年間 専攻科 1年間	看護師コース3年間終了後 公衆衛生看護師コース 公衆衛生助産師コース
修士課程	4～5年間	
博士課程	4～5年間	

出所：INJF, Nursing in the World, 4th edition p.19,21, 265, JICA「カンボジア王国国立医療技術学校整備計画 基本設計調査報告書」2004, p.2-6を参考に作成

³ 宮越幸代他「メキシコの看護教育における社会奉仕制度の現状と課題」第19回日本国際保健医療学会総会プログラム・抄録集 2004, p.175. 准看護師については、エルサルバドルのように「社会奉仕」を義務づけている国と、そうでない国がある。

表 A 4 - 4 助産師の養成期間が看護師の養成期間より短いパターン

	マラウイの例	ホンジュラスの例
看護師資格 (nursing license)	国家試験有、登録は看護助産師委員会、毎年更新	認定試験なし、登録は看護協会、終身有効
入学資格 (basic general education)	12年間 (高卒)	5～6年間の中等教育
准看護師養成 (Practical Nurse)	2年間	(看護補助員 中卒後10か月間 ⁴⁾)
看護師養成 (Registered Nurse)	Bridge course 2年間 Bachelor course 4年間	学士コース 5年間 Bridge course 4年間
助産師養成 (Midwife)	助産学校 1年間 看護学校 3年間	看護学校 1年間
保健師養成 (Public Health Nurse)	看護学校 4年間 保健師コース 1年間	大学院修士課程
修士課程	2年間	2年間
博士課程		2年間

出所：INJF, Nursing in the World, 4th editionを参考に作成

表 A 4 - 5 看護／助産師として養成するパターン

	ラオスの例
看護師資格 (nursing license)	認定試験なし、登録は保健省、更新必要
入学資格 (basic general education)	8～11年間 (中卒または高卒)
初級看護助産師養成 (Auxiliary Nurse/Midwife)	2年間 (中卒) (1993-2004年まで実施)
中級看護助産師養成 (Technical Diploma Nurse/Midwife)	2.5年間 (高卒) (2003年より実施)
中級看護助産師養成 (Diploma Nurse/Midwife)	Diploma course 3年間 (高卒) (1990-2004年まで実施)
上級看護助産師養成 (Bachelor Nurse/Midwife)	Bridge Bachelor course 2年4か月間 (Diploma course 終了後) (2002年より実施)

出所：INJF, Nursing in the World, 4th edition、高岡専門家「ラオス国看護授産状況調査報告書」を参考に作成

大学院以外の継続教育についてはまとまった情報はないが、国別の情報をいくつか紹介する。

カンボジアでは、無償資金協力及び技術協力プロジェクトを実施している国立医療技術学校 (Technical School for Medical Care: TSMC) において卒後教育を実施している。フランス (French Cooperation) 等ドナーの支援により麻酔看護コース (9か月)、手術看護コース (1年間)、幹部看護師コース (9か月)、精神看護コース (1年6か月) などを開設し、看護のより高度な専門化を推進してきた。麻酔看護コース及び精神看護コース受講には2～3年の実務経験、幹部看護師コース受講には4～5年の実務経験が必要とされる。教育の主

⁴ (財) 日本熱帯医学協会編 海外医療ハンドブック「ホンジュラス」1995, p. 25.

要な部分である病院実習は、各地域の病院や、ヘルスセンターで行われるが、実習時間数は1,574時間（日本：1,035時間）、さらに卒業試験後に3か月の臨床実習が課せられ、その後修了証書が授与される。ただし、これらのコースは学生1人当たりに対して月150米ドルの就学手当金を支給することで多額の費用を要するため、援助機関からの支援に頼っており、継続的に実施されているわけではない⁵。

パキスタンでは、JICAが「パキスタン国看護教育プロジェクト」（1988～1992年）を実施したイスラマバード看護大学を含め、5つの看護大学で卒後教育を実施している。専門コースは、麻酔看護、救急看護、心疾患看護、公衆衛生看護、CCU看護、神経科学看護／神経内科外科看護、手術室看護、眼科看護、整形外科看護、小児看護、精神看護／精神衛生看護、看護教育、泌尿器科看護科、病棟管理がある。パキスタン国看護評議会の定めた入学資格は、①3年間の看護基礎教育を受けていること、②病棟管理コースへは助産師教育を終了していること、または男性では1年間他の専門コースを受講していること、③年齢制限なし、④看護評議会に最新の登録を行っていること、⑤2～3年の臨床経験があること、となっている。

「看護教員養成課程」については、インドネシアにおいては1980年代にJICAの「インドネシア共和国看護教育プロジェクト」が実施されていた当時、就業年限1年のSGPと呼ばれる「看護教員養成校」があり、その後は「看護教員養成過程:ProgramD3(Teaching)」が存在していた。ただし、この課程は日本でいう准看護師レベルの看護師の進学コースの一つであり、教育学だけを学ぶのではなく、正看護師になるための科目の一部に教育学が含まれているものであった。就学年限は3年で、卒業すれば、英訳すると「Diploma3（日本でいう正看護師レベル）Teaching Nurse」というタイトルが得られた。

このほか、「看護教員養成課程」としてではなく「看護学部・学科」の科目の一部に教育学が含まれている国もある。「看護教員養成課程」があっても、看護教員となるために必ずしも受講が求められるわけではない国が多いようである。

⁵ JICA「カンボジア王国国立医療技術学校整備計画 基本設計調査報告書」p. 2～8

引用・参考文献・Webサイト

1. 引用・参考文献

No.	資料名	年度	Ref No.
1	保健医療分野技術協力プロジェクト概要表 (OTCA時代～2001年7月1日)	平成13年9月	JICA医療協力部
2	技術協力プロジェクト案件概要表	平成16年10月	JICA人間開発部
3	インドネシア共和国看護教育プロジェクト エ バリュエーション調査団報告書	昭和61年4月	JICA医協JR
4	タイ国看護教育プロジェクト評価調査報告書	平成元年12月	JICA医療協力部
5	タイ国看護教育プロジェクト アフターケア調 査報告書	平成3年1月	JICA医療協力部
6	スリランカ看護教育プロジェクト事前調査団報 告書	平成8年2月	JICA医療協力部
7	ホンデュラス共和国看護教育強化プロジェクト 終了時評価報告書	1995年3月	JICA医療協力部
8	ホンデュラス共和国看護教育強化プロジェクト アフターケア調査団報告書	平成10年5月	JICA医療協力部
9	平成11年度特定テーマ評価(ホンデュラス保健医 療)	平成13年3月	JICA企画・評価 部
10	ネパール王国医学教育プロジェクト終了時評価 報告書	1994年10月	JICA医療協力部
11	エジプト国カイロ大学看護学部事前調査団報告書	平成2年2月	JICA医療協力部
12	パキスタン国看護教育プロジェクト評価調査団 報告書	平成2年7月	JICA医療協力部
13	インドネシア国南スラウェシ地域保健強化プロ ジェクト終了時評価報告書	平成13年12月	JICA医療協力部
14	エル・サルヴァドル国看護教育強化プロジェクト 終了時評価報告書	平成14年3月	JICA医療協力部
15	エジプト・アラブ共和国カイロ大学看護学部プロ ジェクト終了時評価報告書	1999年	JICA医療協力部
16	カンボジア医療技術者育成プロジェクト事前評 価調査報告書	2003年	JICA
17	パラグアイ共和国南部看護・助産継続教育強化プ ロジェクト実施協議調査団報告書及び短期調査 団報告書	平成13年3月	JICA医協二 JR
18	エジプト・アラブ共和国カイロ大学看護学部施設 改修計画基本設計調査報告書	平成2年5月	JICA
19	グアテマラ共和国医療従事者訓練校整備計画基 本設計調査報告書	平成10年7月	JICA調無一
20	インドネシア共和国南北スラウェシ医療従事者 訓練センター改善計画基本設計調査報告書	平成9年11月	JICA

No.	資料名	年度	Ref No.
21	ドミニカ共和国医療教育・訓練センター建設計画基本設計調査報告書	平成10年3月	JICA調無一
22	ミャンマー連邦看護大学拡充計画基本設計調査報告書	平成7年10月	JICA
23	スリ・ランカ民主社会主義共和国スリ・ジャヤワルダナプラ国立看護学校設立計画基本設計調査報告書	平成9年1月	JICA
24	フィジー国看護学校設立計画基本設計調査報告書	昭和59年3月	JICA
25	パキスタン回教共和国看護婦・医療従事者養成学校建設計画基本設計調査報告書	昭和59年12月	JICA
26	ネパール王国看護学校建設計画基本設計調査報告書	昭和59年7月	JICA
27	ビルマ連邦社会主義共和国看護学校建設計画基本設計調査報告書	昭和58年3月	無償設
28	平成10年度特定テーマ調査(ザンビア国無償資金協力案件の自立発展)	平成13年3月	JICA企画・評価部
29	評価結果の総合分析—人口・保健医療分野—	平成14年3月	JICA
30	セネガル共和国保健人材開発促進プロジェクト	2001年10月	医協二JR
31	ラオス国医療訓練施設整備計画基本設計調査報告書		JICA
32	モザンビーク共和国キリマネパラメディカル医療従事者養成学校建設計画予備調査報告書	平成15年5月	無償二 JR
33	平成3年度帰国研修員フォローアップチーム報告書 臨床看護実務コース	平成4年4月	沖縄セ JR
34	平成9年度帰国研修員フォローアップ調査団報告書—医療放射線技術指導者コース—	平成9年9月	JICA大阪国際センター
35	セネガル共和国グディリ医療プロジェクト終了時評価調査団報告書	平成11年3月	JICA青年海外協力隊事務局
36	開発途上国から医療協力のために求められてきた看護職に関する研究 第19回国際協力学術奨励研究報告書(代表研究者 森淑江)	平成9年12月	JICA
37	国際看護交流協会創立25年の歩み	1994年	財団法人国際看護交流協会
38	開発アプローチと変容するセクター課題	2004年	FASID
39	中南米地域(ニカラグア、ボリヴィア)青年海外協力隊・保健医療分野巡回指導調査団報告書	平成15年3月	JICA青年海外協力隊事務局
40	キャパシティ・ディベロップメントハンドブック	平成16年3月	JICA「援助アプローチ」分野課題チーム
41	ラオス国看護助産状況調査報告書(ドラフト)	2005年	事前評価調査団 団員 高岡宣子

No.	資料名	年度	Ref No.
42	看護教育の原理と歴史	2003年 4 月	小山眞理子編
43	Nursing in the World 4 th edition	2000	INFJ
44	Human Resources for Health: Overcoming the Crisis	2004	The Joint Learning Initiative
45	Evaluation of USAID Human Capacity Development in Health	August 2003	USAID
46	DFID Health Sector Strategy Malawi	February 1999	DFID
47	Tackling the Crisis in Human Capacity Development for Health Services, The Manager2004 Volume13, No. 2	2004	MSH
48	Mid-level and nurse practitioners in the Pacific: Models and issues	2001	WHO, Western Pacific Region
49	International migration of nurses: trends and policy implications	2005	International Council of Nurses
50	The Contribution of Social Services to Poverty Reduction: Proceedings of the Summer Seminar of the GTZ Health Section	September 2003	GTZ

2. Webサイト (参考資料)

<http://www.who.int/en> (WHO)

<http://www.wpro.who.int/> (WHO/WPRO)

<http://www.who.int/health-services-delivery/nursing/index.htm> (WHO Nursing and Midwifery Services)

<http://hrhtoolkit.forumone.com/> (WHO Toolkit for Planning, Training and Management)

<http://www.worldbank.org/> (World Bank)

<http://www.usaid.gov/> (USAID)

http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/news/hcdrfa.html (USAID Family Planning)

<http://www.acdi-cida.gc.ca/index-e.htm> (CIDA)

<http://www.gtz.de/en/> (GTZ)

<http://www.dfid.gov.uk/> (DFID)

<http://www.eldis.org/healthsystems/dossiers/hr/> (Human Resources for Health, DFID Health Systems Resource Centre)

<http://www.gm-unccd.or/FIELD/Bilatels/DK/DANpro.htm> (DANIDA)

<http://www.ausaid.gov.au/> (AusAID)

<http://www.globalhealthtrust.org/> (Global Health Trust: Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development)

<http://www.msh.org/resources/links.html> (Management Sciences for Health – Resources)

<http://www.icn.ch/> (International Council of Nurses)
<http://www.internationalmidwives.org/> (International Confedeartion of Midwives)
<http://www.mhlw.go.jp/index.html> (厚生労働省)
<http://www.mext.go.jp/> (文部科学省)
<http://www.nurse.or.jp/nintei/cns/> (社団法人 日本看護協会)
<http://square.umin.ac.jp> (日本助産学会)
<http://www.midwife.or.jp/> (社団法人 日本助産師協会)
<http://www.infj.or.jp/> (財団法人 国際看護交流協会)
<http://www.jica.go.jp> (JICA)
<http://lvzopac.jica.go.jp/library/index.html> (JICA Library)

巻末資料 用語・略語解説

用語・略語	英語表記	概要
開発・医療保健関連用語		
ミレニアム開発目標 (MDGs)	Millennium Development Goals (MDGs)	2015年までに達成することを目標とする課題で、2000年9月に国連で149カ国が合意した共通目標。貧困、飢餓の撲滅、初等教育の完全普及、ジェンダーの平等・女性のエンパワーメント、子どもの死亡率削減、妊産婦の健康の改善、HIV/エイズ、マラリアなどの疾病対策、持続可能な環境保全、グローバルな開発パートナーシップの構築など8項目で数値目標として18項目、48指標が設定されている。
プライマリ・ヘルス・ケア (PHC)	Primary Health Care (PHC)	健康は誰もが享受できる権利であることを明言した1978年のアルマ・アタ宣言で掲げられた8つの基本活動を主として指す。これらは廉価で貧困地域でもすべての住民が健康であるために最低限必要な活動と位置づけられている。健康教育、安全な水の確保、予防接種奨励を含む母子保健推進、風土病対策、必須医薬品の供給、コミュニティヘルスワーカーの活用、一般的疾患への対策、栄養改善などがあげられている。
リプロダクティブヘルス	reproductive health	リプロダクティブヘルスとは、人間の生殖システムおよびその機能と活動過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあることを指す。したがって、リプロダクティブヘルスは、人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、生殖能力を持ち、子どもを持つか持たないか、いつ持つか、何人持つかを定める自由をもつことを意味する。さらに、安全で効果的、安価で利用しやすい避妊法についての情報やサービスを入手することができるが含まれる。
JICA援助スキーム用語		
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊。1965年に発足した20歳から39歳までの青年を対象とするボランティア制度。これまで途上国76カ国に延べ約2万3000人が派遣されている。
技術協力プロジェクト (技プロ)	Technical Cooperation Projects	一定の成果を一定の期限内に達成することを目的として、その成果と投入・活動の関係を論理的に整理した協力事業で、専門家派遣、研修員受入れ、機材供与などを目的に応じて組み合わせる協力形態。
現地国内研修 (第二国研修)	In-country Training	日本の技術協力の成果が、途上国内で普及することを促進するために途上国で行う研修。
第三国研修	Third Country Training	途上国のなかでも比較的進んだ段階にある国を拠点にして、日本の技術協力をとおして育成した開発途上国の人材を活用し、他の途上国から研修員を招いて行う研修。
第三国専門家	Third Country Expert	JICAの専門家派遣のひとつで、南南協力支援の一環として、協力対象の開発途上国に他の開発途上国の人材を、技術協力専門家として派遣するもの。両国の環境、技術水準、文化・言語などの同一性や類似性により、技術移転がより適切に、効率的に行われる。
プロジェクト方式技術協力 (プロ技)	Project-Type Technical Cooperation	3～5年程度の協力期間を設定し、専門家派遣、研修員受入れ、機材供与等を組み合わせ、計画の立案から実施、評価までを一貫して実施する技術協力の形態を指すが、2002年度からいくつかの形態をまとめて「技術協力プロジェクト」という名称に変更された。
国際機関・援助機関		
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁。外務貿易省の外局として設置されている独立組織で、二国間援助と多国間援助を行う。ただし、オーストラリアの援助は、ほとんどは企業、あるいはコンサルタントとの委託契約で実施されており、AusAIDは実施機関というよりはむしろ、実施契約を結び、案件運営のモニタリングを行う機関として位置づけられる。

用語・略語	英語表記	概要
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁。カナダの開発援助の機能と業務を担当する政府機関。
DANIDA	Danish International Development Agency	デンマーク国際開発庁。DANIDAは冷戦終結などの国際環境の変化やグローバル化に対応するため、1991年に外務省の機構改革が行われた際に、外務省の一部局から、二国間援助の実施機関として独立したものである。
DfID	Department for International Development	英国国際開発省。英国における開発援助政策は、援助政策の立案から実施まで海外開発庁(ODA)の責任のもとに一元的に行われていたが、1997年の政権交代に伴いODAは閣内大臣を有する国際開発省(DfID)に格上げされた。
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社。開発援助事業団(BfE)と開発途上国援助促進公社(GAWI)が合併して、1975年に設立されたドイツの全額政府出資の株式会社。
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構。日本の政府開発援助(ODA)の技術協力事業の実施や無償資金協力促進業務を担当する機関。
USAID	The United States Agency for International Development	米国国際開発庁。USAIDは、1961年に対外援助法に準拠する行政命令により、従来の援助機関である国際協力局(ICA)、開発借款基金(DLF)および平和のための食糧計画、米国輸出入銀行(EXIM)の現地通貨貸付業務を引き継ぎ、非軍事援助に関わる一元的な統合機関として、国務省の一外局として設置された。
WHO	World Health Organization	世界保健機関。国際協力を通じた世界的疾病の抑制、健康・栄養の向上、調査研究の促進を目的に、1948年世界保健機関憲章に基づいて設置された。本部はスイスのジュネーブ。
WB	World Bank	世界銀行。一般に、国際復興開発銀行(IBRD)と国際開発協会(IDA)の2つの機関を指すことが多い。これに国際金融公社(IFIC)、多数国間投資保証機関(MIGA)、国際投資紛争解決センター(ICSID)を併せたものを世界銀行グループと呼んでいる。

