

パラグアイ共和国
看護・助産継続教育強化プロジェクト
事前調査・実施協議報告書

平成 20 年 1 月
(2008 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人 間
J R
08-001

パラグアイ共和国
看護・助産継続教育強化プロジェクト
事前調査・実施協議報告書

平成 20 年 1 月
(2008 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

パラグアイ共和国政府は、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、厚生省主導の下、保健医療政策の改革を行っている。しかし、パラグアイ国南部では、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。

パラグアイ国政府は、南部における保健医療サービス増進の鍵は、看護ならびに産科分野の人材育成であるとの認識を持ちつつも、前述の人口状況に加え、既存の研修システムを絡めた人材育成制度見直しが複雑なものであるため、同分野における効果的なアプローチの策定と実施に係る協力を日本政府に要請してきた。

これを受けて、JICAは技術協力プロジェクト「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」を2001年2月から5年間実施した。その結果、南部4県（カアサパ県、イタプア県、ミシオネス県、ニェンブク県）において看護・助産人材の継続教育研修がモデルとして確立された。さらに、全国レベルでの看護・助産継続教育のシステムづくりに向けた取組み（看護師国家試験導入に向けた協力、カリキュラム作成等）が実施された。

同プロジェクトは2006年2月に終了したが、より良い保健医療サービスを全国レベルで展開するために、南部4県で得られた成果を他県でも同じように普及・発展させることが必要不可欠である。2006年にはパラグアイ国側の自助努力により研修対象県を2県（カアグアス県、パラグアリ県）追加し、同プロジェクトで得られた成果を普及させている。しかしながら、パラグアイ国側のみで全国に普及させるには限界があり、同政府は看護人材育成強化プロジェクトを我が国に要請してきた。

これを受けて独立行政法人国際協力機構（JICA）は、2007年7～8月に事前調査団を派遣し、パラグアイ国政府及び関係機関との間で、協力計画の策定に係る協議を行った。また、2007年12月に、パラグアイ国政府及び関係機関との間で実施協議を行った。本報告書は、プロジェクトの要請背景及び案件形成の経過と概略を取りまとめたものであり、今後のプロジェクトの実施にあたって活用されることを願うものである。

ここに、本調査にご協力をいただいた内外の関係者の方々に深い謝意を表するとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第である。

平成20年1月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 西脇 英隆

目 次

序 文
略語表
地 図
写 真

事業事前評価表

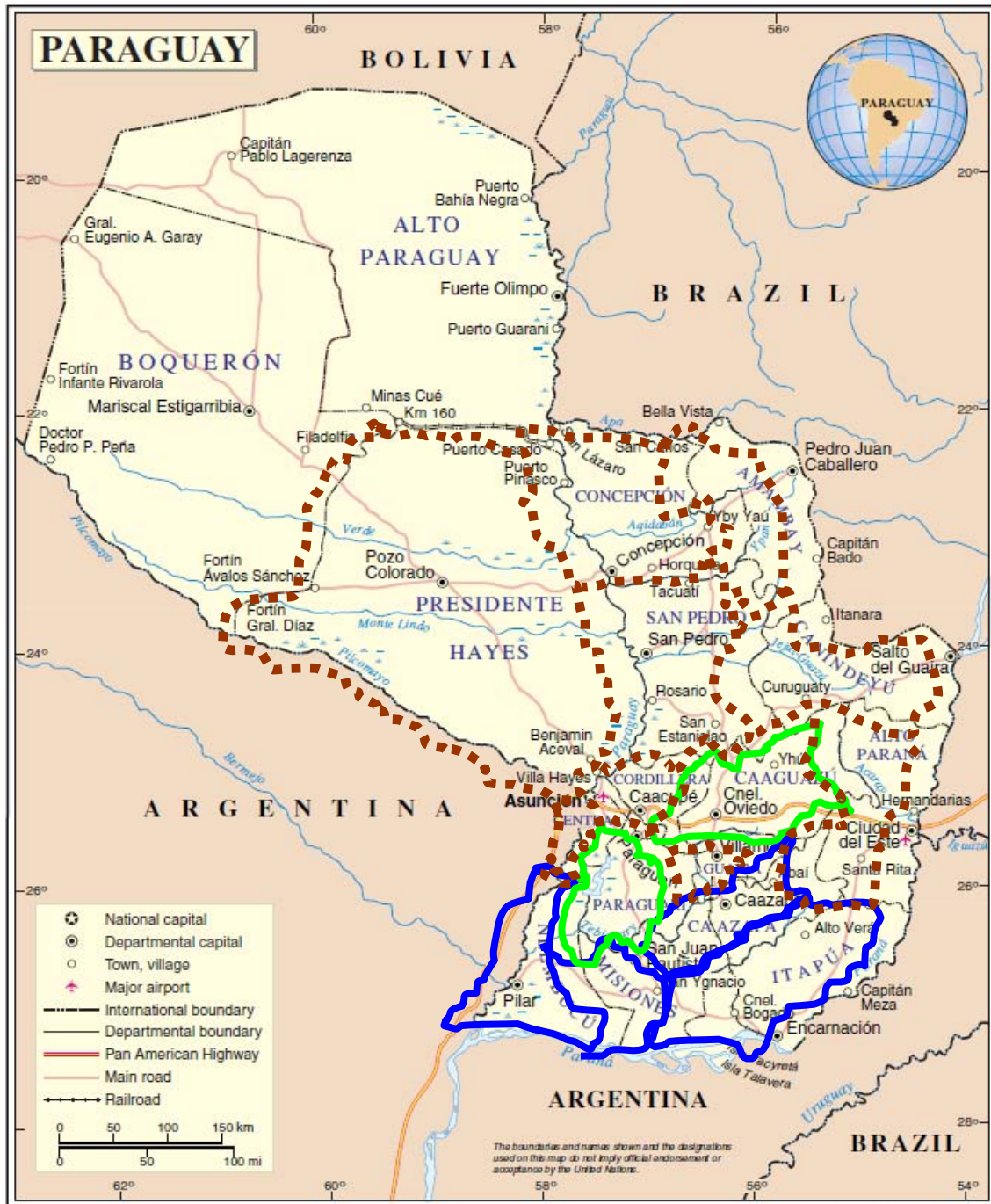
第1章 事前評価調査団の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	1
1-4 主要面談者	3
第2章 プロジェクト実施の背景	5
2-1 当該国の社会情勢、社会経済状況	5
2-2 保健医療セクター全体の状況	5
2-3 パラグアイ国政府の保健開発戦略	8
2-4 過去・現在行われている他のドナー国、国際援助機関の対象分野関連事業	8
第3章 パラグアイ国における看護・助産人材分野の現状と課題	10
3-1 現 状	10
3-2 主な課題	11
第4章 プロジェクトの戦略	15
4-1 プロジェクト戦略の概要	15
4-2 プロジェクトの実施体制	16
第5章 プロジェクトの基本計画	18
5-1 プロジェクトの対象地域	18
5-2 プロジェクトのターゲットグループ	18
5-3 プロジェクト目標	18
5-4 上位目標	18
5-5 アウトプット及び活動	19
5-6 投 入	22
5-7 外部条件・リスクの分析	23
5-8 前提条件	24

第6章 プロジェクト実施に係る評価結果	25
6-1 妥当性	25
6-2 有効性	25
6-3 効率性	26
6-4 インパクト	26
6-5 自立発展性	27
6-6 結 論	27
第7章 事前調査団協議結果、留意点、所感	28
7-1 協議結果概要	28
7-2 プロジェクト実施上の留意点	30
7-3 総括所感	32
第8章 実施協議	35
付属資料	
1. 事前調査団ミニッツ	39
2. 討議議事録 (R/D)、協議議事録 (M/M)	67
3. 厚生省 衛生行政区ごとの医療施設 2007年	111
4. 衛生行政区別看護・助産人材の数	113
5. 衛生行政区別の新生児、乳幼児、5歳未満児の死亡率 2005年	115
6. 衛生行政区別の乳児死亡の主な原因 2005年	117
7. 衛生行政区別の妊産婦死亡の主な原因 2005年	119
8. 衛生行政区別 プライマリヘルスケア プログラム予算 2006年	121
9. 各衛生行政区におけるドナー（国際機関、二国間援助機関、NGO）等の支援状況	123

略 語 表

略 語	言 語	総 称	日本語
AIEPI	西	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia	小児疾患の統合的管理
IMCI	英	Integrated Management of Childhood Illness	
BID IDB	西 英	Banco Interamericano de Desarrollo Inter-American Development Bank	米州開発銀行
CIDA	英	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
EPI	英	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
GDP	英	Gross Domestic Product	国内総生産
IMF	英	International Monetary Fund	国際通貨基金
IMR	英	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
INEPEO	西	Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia	国立看護・助産継続教育センター
INS	西	Instituto Nacional de Salud	国立保健院
IPS	西	Instituto de Previsión Social	社会保険庁
JICA	西 英	Agencia de Cooperación Internacional del Japón Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
MMR	英	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MSP y BS	西	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	厚生省
NGO	英	Nongovernmental Organization	非政府組織
OPS PAHO	西 英	Organización Panamericana de la Salud Pan American Health Organization	米州保健機構
PCSB	西	Programa de Cuidado Sanitario Básico	基本的保健ケアプログラム
TFR	英	Total Fertility Rate	合計特殊出生率
U 5 MR	英	Under-five Mortality Rate	5歳未満児死亡率
UNICEF	英	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	英	United States Agency for International Development	アメリカ国際開発庁
WHO	英	World Health Organization	世界保健機関

西＝スペイン語 英＝英語



Map No. 3760 Rev. 3 UNITED NATIONS
June 2004

Department of Peacekeeping Operations
Cartographic Section

- 南部看護・助産継続教育強化プロジェクトで対象としていた県
- 上記プロジェクト終了後、パラグアイ側が自助努力で研修を行った県
- 今回新規対象となる県（衛生行政区）



厚生省外観



国立看護・助産継続教育センター外観



ニェンブク県エスタンスエラのヘルスポストにて説明を受ける



全体協議におけるワークショップ



全体協議



事前調査ミニッツ署名

事業事前評価表（技術協力プロジェクト）

1. 案件名 パラグアイ共和国看護・助産継続教育強化プロジェクト
2. 協力概要 (1) プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述 2001年から5年間実施した「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」でモデルとして確立された小児・母性領域に関する看護・助産人材への継続教育研修プロセスを10衛生行政区（コンセプション県、サン・ペドロ県、コルディジェーラ県、グアイラ県、アルトパラナ県、セントラル県、アマンバイ県、カニンデジュ県、プレシデンテ・アジェス県、首都）で実施し、研修モニタリング・評価方法を確立・実施させる。さらに、自立発展に向けて人材・予算・組織づくり・行政支援の確保と、基礎看護学・成人看護学・地域看護学の3領域に関する研修の基礎づくりを行い、全国規模で看護・助産人材の継続教育研修を自立的に実施する基盤の強化を目指す。 (2) 協力期間 2008年2月～2011年1月 (3) 協力総額（日本側） 約1.4億円 (4) 協力相手先機関 厚生省国立看護・助産継続教育センター（INEPEO） (5) 国内協力機関 なし (6) 裨益対象者及び規模、等 対象となる16衛生行政区の看護・助産人材約4,400名
3. 協力の必要性・位置づけ (1) 現状及び問題点 パラグアイ共和国（以下、「パラグアイ国」と記す）では、ミレニアム開発目標で減少を目指している乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率がこの10年間停滞している。要因としては未熟な保健医療行政、医療従事者の知識不足、インフラ・医薬品不足、医療施設へのアクセスの困難さ、貧困による医療費負担の困難などがあげられる。また、過疎地の多い地方部では、よりコミュニティに踏み込んだ保健医療サービスの提供が課題となっている。 同国の地域保健医療全般、特に辺地における保健医療を支えているのは看護・助産人材であり、保健医療サービスの主要な担い手として重要な役割を担っている。末端のヘルスポストでは1人ないし2人の准看護師または准助産師のみが配属され、住民に保健医療サービスを提供している場合が多い。しかしながら、養成時の基礎教育の質が低いことに加え、体系的な継続教育は全国的には実施されておらず、十分な質のサービスが提供されていないのが現状である。 このような状況の下、JICAによる技術協力プロジェクト「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」を2001年2月から5年間実施した結果、南部4県（カアサパ県、イタプア県、ミシオネス県、ニェンブク県）において看護・助産人材（准看護・助産師、看護・助産技術師含む）の継続教育研修がモデルとして確立された。

さらに、全国レベルでの看護・助産継続教育のシステムづくりに向けた取組み（看護師国家試験導入に向けた協力、カリキュラム作成等も含む）が実施された。

同プロジェクトは2006年2月に終了したが、より良い保健医療サービスを全国レベル（パラグアイ国は首都アスンシオンと17県で構成）で展開するために、南部4県で得られた成果を他県でも同じように普及・発展させることが必要不可欠である。また、最新のパラグアイ国国家保健政策（2005～2008年）で打ち出されている5つの指針の1つに「保健医療分野で働く人材の開発と継続教育の強化」があり、国として継続教育の重要性を認識し取り組んでいるところである。2006年にはパラグアイ国側の自助努力により、研修対象県を2県（カアグアス県、パラグアリ県）追加し、同プロジェクトで得られた成果を普及させているが、様々な課題に対応する必要がある保健医療サービスの向上のためには、全国への普及、更なる研修プログラムの作成と継続教育の実施が必要不可欠である。

（2）相手国政府国家政策上の位置づけ

パラグアイ国政府は「2003～2008年国家開発計画」において、保健分野の課題として「保健医療システムの確立」、「地方分権化の促進」、「保健医療サービスの向上」、「リプロダクティブヘルスの改善」、「小児保健の改善」等をあげている。

また、パラグアイ国政府は国家保健政策（2005～2008年）において5つの指針を打ち出している。同指針では「保健医療分野で働く人材の開発と継続教育の強化」が含まれており、保健システムの構造的、文化的変革のなかで保健医療サービスの質の向上及び国民の健康改善を図る手段として、国家的な継続教育モデルをつくることが重要な位置づけにある。

（3）我が国援助政策との関連、JICA 国別事業実施計画上の位置づけ（プログラムにおける位置づけ）

保健医療サービスの質の向上を目的とした人材育成への支援及び子どもの健康やリプロダクティブヘルスに資する支援は、「政府開発援助に関する中期政策」で示された4つの重点分野のうち「貧困削減」のための取組みに相当するものである。さらに、本プロジェクトはJICAの平成18年度対パラグアイ国別事業実施計画において、援助重点分野「貧困層への社会サービスの充実と収入の維持向上」の「保健医療サービスの向上支援」プログラムに位置づけられており、同プログラムの方針である、地域住民のニーズを取り込んだ持続的な保健医療体制の確立、医療従事者の継続教育の強化と合致する。

4. 協力の枠組み

〔主な項目〕

（1）協力の目標（アウトカム）

1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

「全国規模で看護・助産人材の継続研修を自立的に実施する基盤が強化される。」

<指標>

- ・10 衛生行政区ファシリテーターが研修受講者による5段階評価で3.5以上の評価を得る。
- ・10 衛生行政区における「研修実施計画」が、厚生省から看護・助産継続教育として承認される。
- ・基礎看護学、成人看護学、地域看護学の「研修プログラム」が、厚生省からモデルとして承認される。

2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値
「全国レベルでの看護・助産人材による保健医療サービスが改善する」

<指標>

- ・2015年までに、有資格者による介助を受けた分娩（施設分娩）の割合が2006年と比べて上昇する。
- ・2015年までに、5歳未満児死亡率及び妊産婦死亡率が2006年と比べて20%減少する。

(2) 成果（アウトプット）と活動

アウトプット1：小児・母性領域に関し、看護・助産人材に対する継続教育研修プロセスが確立・実施される。

<指標>

- 1-1 10 衛生行政区において、それぞれ小児・母性領域最低8名の衛生行政区ファシリテーターが研修指導者として養成される。
- 1-2 10 衛生行政区における「適応研修プログラム」が作成され、各衛生行政局で承認されている。
- 1-3 10 衛生行政区において、「研修実施計画」が作成される。
- 1-4 プロジェクト終了時まで、10 衛生行政区において乳幼児健診、リプロダクティブヘルス研修受講者がそれぞれ最低500名に達している。

<活動>

- 1-1 10 衛生行政区において、各8名のファシリテーターを選出し、小児・母性領域に関する研修計画を作成する。
- 1-2 各衛生行政区8名のファシリテーターに対し、上記研修計画に沿った研修を実施する。
- 1-3 上記研修中、各衛生行政区の状況及び研修受講者に適した「適応プログラム」を作成する。
- 1-4 10 衛生行政区において、全看護・助産人材のデータベースを作成する。
- 1-5 10 衛生行政区における研修計画を作成する。
- 1-6 16 衛生行政区において、上記研修計画に沿った看護・助産人材に対する研修を実施する。

アウトプット2：小児・母性領域に関し、看護・助産人材に対する継続教育研修のモニタリング・評価方法が確立・実施される。

<指標>

- 2-1 「研修モニタリング・評価実施計画」が作成される。
- 2-2 プロジェクト終了時まで10 衛生行政区でそれぞれ最低1回の研修モニタリングが実施されている。

<活動>

- 2-1 10 衛生行政区における研修モニタリング・評価の実実施計画を策定する。
- 2-2 16 衛生行政区においてモニタリング基準を用いた研修モニタリングを実施する。

アウトプット3：自立発展に向け人材・予算・組織づくり・行政支援が確保される。

<指標>

- 3-1 国レベル、衛生行政区レベルで看護・助産継続教育の資金の目途が確保されている。

3-2 ナショナルファシリテーター及び衛生行政区ファシリテーターが継続的に養成・確保されている。

3-3 すべての研修テキストが厚生省から正式に承認される。

<活動>

3-1 10 衛生行政区において、継続教育運営委員会を発足させ、活動を定例化する。

3-2 16 衛生行政局は研修・モニタリング経費確保のための活動を行ない、厚生省はこれを支援する。

3-3 厚生省は看護・助産人材の継続教育予算確保のための活動を行う。

3-4 16 衛生行政区におけるプロジェクト成果に関する普及活動を強化する。

アウトプット4：看護・助産継続教育カリキュラムのうち基礎看護学、成人看護学、地域看護学の3領域に関する研修の基礎ができる。

<指標>

4-1 3領域の研修マニュアルが厚生省の承認を受ける。

4-2 3領域のナショナルファシリテーターが各領域10名養成されている。

4-3 16 衛生行政区ファシリテーターに対する3領域に関する研修実施計画が厚生省及び各衛生行政局の承認を受ける。

<活動>

4-1 看護・助産継続教育カリキュラム作成委員会において、3領域の研修プログラムを作成する。

4-2 3領域研修プログラムに沿った研修マニュアル及び研修教材・教具を作成する。

4-3 ナショナルファシリテーターに対する3領域の研修を実施する。

4-4 全国の衛生行政区ファシリテーターに対する「研修実施計画」を作成する。

注1) 衛生行政区ファシリテーターは衛生行政区職員の中から当該衛生行政局が指名する。

注2) ナショナルファシリテーターは衛生行政区ファシリテーターの中から厚生省が指名する。

(3) 投入 (インプット)

1) 日本側 (総額約1.4億円)

- ・長期専門家の派遣 (総括/継続教育、業務調整/モニタリング)
- ・短期専門家の派遣 [基礎看護 (看護管理含む)、成人看護]
- ・機材供与 (ファシリテーター用研修機材)
- ・在外事業強化費 (国立看護・助産継続教育センターにおける研修実施経費等)

2) パラグアイ国側

- ・人材の配置 (カウンターパート、ナショナルファシリテーター、衛生行政区ファシリテーター)
- ・研修施設 (中央、地方)、プロジェクトオフィスの手配
- ・機材 (国立看護・助産継続研修センター所有の事務機器・実習用機材)
- ・プロジェクト運営費 (水道光熱費、電話代、ガソリン代の一部)
- ・衛生行政区での研修実施経費
- ・研修モニタリング経費

(4) 外部要因 (満たされるべき外部条件)

- ・看護・助産人材の研修場所として国立看護・助産継続教育センターが確保されてい

る。

- ・小児・母性領域のナショナルファシリテーターが確保されている。
- ・カウンターパートが異動しない。
- ・育成されたナショナルファシリテーター及び衛生行政区ファシリテーターが継続的に機能する。
- ・厚生省の医療施設における看護・助産人材の数が現状より減少しない。
- ・医療施設の数が現状より減少しない。
- ・看護・助産人材の業務に最低限必要な資機材が少なくとも現状を保つ。

5. 評価5項目による評価結果

(1) 妥当性

本プロジェクトは、以下の点から妥当性が高いと判断できる。

- 1) パラグアイ国の国家開発計画（2003～2008年）のうち、保健医療分野において本プロジェクトは「サービス領域の拡大」「リプロダクティブヘルスの改善」「小児保健の改善」「サービスの分権化」の課題に対して貢献するものである。また、国家保健政策（2005～2008年）において掲げられている5つの基本指針のうち「人材と継続教育の開発」と、本プロジェクトの方向性が合致している。
- 2) 本プロジェクトは JICA の平成 18 年度対パラグアイ国別事業実施計画において、援助重点分野「貧困層への社会サービスの充実と収入の維持向上」の「保健医療サービスの向上支援」プログラムに位置づけられており、同プログラムの方針である、地域住民のニーズを取り込んだ持続的な保健医療体制の確立、医療従事者の継続教育の強化と合致する。

(2) 有効性

以下の点より、本プロジェクトの有効性が見込まれる。

- 1) 本プロジェクトでは、看護・助産人材に対する継続教育研修及び研修後のモニタリングまでを活動に組み込むことにより、研修の質と医療現場での有効な活用までを包括的に捉えている。
- 2) 自立発展に向けた人材・予算・行政支援を確保するための活動を進めつつ、研修及び研修モニタリングの活動を展開していくことで、プロジェクト目標である「継続研修を自立的に実施する基盤の強化」の達成に向けて多面的な活動を計画している。
- 3) 小児・母性領域の他地域への普及だけでなく、基礎看護学、成人看護学、地域看護学の3領域に関する研修プログラムの作成、ナショナルファシリテーターの養成を行うことは、継続教育の基盤強化というプロジェクト目標の達成に必要な不可欠なものである。ただし、小児・母性領域の他地域への普及が10衛生行政区と広範囲に及び財源確保の働きかけも必要なことから、プロジェクト活動の重点は他地域への普及に置く。

(3) 効率性

本プロジェクトは、以下の点から効率性が高いと見込まれる。

- 1) カウンターパートは前プロジェクトのカウンターパートであった国立看護・助産継続教育センター（Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia：INEPEO）の技術スタッフ4名が継続して任務にあたる見込みであり、また、小児・母性領域のナショナルファシリテーターは、前プロジェクトで養成された要員を活用する。このように、「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」で育成された人材を効果的に活用することにより、効率的な活動が期待さ

れる。

- 2) 研修経費削減のために、「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」では使用料支払いの必要がない施設で研修を実施する、衛生行政区内を複数のゾーンに分けて研修を実施することで研修参加者の交通費を抑制する等の工夫を行っており、本プロジェクトでも同様の手法で低い研修経費による研修実施を計画している。このような創意工夫により、費用に比して効果の高い事業実施が期待できる。
- 3) 近隣の中南米諸国におけるカウンターパート人材の研修や同諸国からの専門家の指導を計画するなど、第三国リソースを積極的に活用する予定であり、効率的な事業実施が期待される。

(4) インパクト

本プロジェクトのインパクトは、以下のように予測できる。

- 1) プロジェクトの実施により、全国規模で看護・助産人材の継続教育研修が自立的に実施する基盤が強化され、実施されるようになれば、看護・助産人材の知識・技術が向上し、彼らによる保健医療サービスの質の改善が期待でき、上位目標の達成に大いに貢献する。
- 2) 特に、小児・母性領域の継続教育を 10 衛生行政区で実施することから、乳児死亡率・妊産婦死亡率の減少への貢献が期待でき、パラグアイの保健医療の状況改善に大きく資することが可能と考えられる。

(5) 自立発展性

本プロジェクトは、以下の点から自立発展性が見込まれる。

1) 組織面

プロジェクトのカウンターパートとして継続教育システムの拠点になるのは INEPEO である。INEPEO の運営・管理能力は「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」を通じて確保されており、同プロジェクト終了後にパラグアイ国側で独自に 2 衛生行政区に対する継続教育の基盤づくりを行ったことからそれが実証されている。さらに、センターの活動を支援するグループとして、厚生省、看護及び助産の各協会、看護・助産教育の 3 部門から成る審議会が設立されており、関係者間の連携協力体制を構築するための下地がある。

2) 政策面

国家保健計画において、人材育成と継続教育はパラグアイ保健セクターにおける優先的な課題として位置づけられており、本プロジェクト終了後も政策的支援が継続されることが期待できる。

3) 財政面

厚生省による財政的支援については、楽観的な見通しはできない状況である。しかし、本プロジェクトは「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」の経験から自立発展性の確保を重視しており、衛生行政区での研修実施経費及び研修モニタリング経費全般をパラグアイ国側負担としているが、財政面を含めた自立発展のための活動をプロジェクトのコンポーネントとして含んでいる。具体的には、各衛生行政区において継続教育運営委員会を発足させ、自治体、他ドナーや NGO に対して財政支援への働きかけを行うなど、国レベル、地域レベルで経費・予算確保のための活動を行うこととしており、財政面での継続性が期待できる。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

本プロジェクトの対象となる全国の看護・助産人材の多くは、地域保健医療の現場で活

動しており、継続教育の実施を通じた彼らの能力向上は貧困層の生活改善向上に裨益するものである。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト（2001～2006年）」において研修後のモニタリングを活動に直接組み込んだことは、事業運営の体制づくりに有効であった。本プロジェクトにおいてもモニタリングをアウトプットの1つに位置づけている。また、同プロジェクトにおいて開発した研修プログラムが相手国行政機関の承認を受けたことはプロジェクト終了後の継続活用・成果普及のために有効であったことから、本プロジェクトにおいても同様のアプローチをとる。また、同プロジェクトで課題として指摘された研修実施やモニタリングのための財源の確保を本プロジェクトのアウトプットの1つとして位置づけており、プロジェクトの活動コンポーネントとして推進していく。

8. 今後の評価計画

終了時評価 2010年8月頃

第1章 事前評価調査団の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

パラグアイ共和国（以下、「パラグアイ国」と記す）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、厚生省主導の下、保健医療政策の改革を行っている。しかし、パラグアイ国南部では、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。

パラグアイ国政府は、南部における保健医療サービス増進の鍵は、看護ならびに産科分野の人材育成であるとの認識を持ちつつも、前述の人口状況に加え、既存の研修システムを絡めた人材育成制度見直しが複雑なものであるため、同分野における効果的なアプローチの策定と実施に係る協力を日本政府に要請してきた。

これを受けて、JICAは技術協力プロジェクト「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」を2001年2月から5年間実施した。その結果、南部4県（カアサパ県、イタプア県、ミシオネス県、ニェンブク県）において看護・助産人材の継続教育研修がモデルとして確立された。さらに、全国レベルでの看護・助産継続教育のシステムづくりに向けた取組み（看護師国家試験導入に向けた協力、カリキュラム作成等）が実施された。

同プロジェクトは2006年2月に終了したが、より良い保健医療サービスを全国レベルで展開するために、南部4県で得られた成果を他県でも同じように普及・発展させることが必要不可欠である。2006年にはパラグアイ国側の自助努力により研修対象県を2県（カアグアス県、パラグアリ県）追加し、同プロジェクトで得られた成果を普及させている。しかしながら、パラグアイ国側のみで全国に普及させるには限界があり、同政府は看護人材育成強化プロジェクトを我が国に要請してきた。

1-2 調査団の構成

氏名	担当分野	所属先	期間
山下 良恵	団長／総括	JICA 人間開発部第四グループ（保健2）グループ長	7/18～8/1
小川 正子	看護教育	南部看護・助産継続教育強化プロジェクト前チーフアドバイザー	7/18～8/1
伊藤 賢一	協力計画	JICA 人間開発部第四グループ（保健2）保健人材育成チーム	7/18～8/1
市川 佐江子	評価分析	グローバル・リンク・マネージメント株式会社 社会開発部研究員	7/18～8/9

1-3 調査日程

月日（曜日）	行程
7/18（水）	成田発サンパウロ着・発
7/19（木）	11:00 アスンシオン着 14:00 JICA パラグアイ事務所打合せ 15:10 厚生大臣表敬 16:00 JICA パラグアイ事務所打合せ 17:30 在パラグアイ日本大使館表敬

	18:45 国立看護・助産継続教育センター（INEPEO）との協議
7/20（金）	6:00 アスンシオンからアルトパラナ県へ移動 10:35 アルトパラナ県衛生局訪問・協議 16:00 INEPEO との打合せ
7/21（土）	6:00 アルトパラナ県からカアグアス県へ移動 8:30 カアグアス県衛生局訪問・協議 10:00 カアグアス県からパラグアリ県へ移動 11:45 パラグアリ県衛生局訪問・協議 13:00 パラグアリ県からアスンシオンへ移動
7/22（日）	団内協議
7/23（月）	8:00 アスンシオンからニェンブク県へ移動 10:00 ニェンブク県エスタンスエラのヘルスポスト視察 11:00 ニェンブク県からアスンシオンへ移動 14:00 団内打合せ 15:30 Plan Paraguay 訪問・協議
7/24（火）	9:00 世界保健機関（OPS）訪問・協議 11:20 国際連合児童基金（UNICEF）訪問・協議 14:00 INEPEO、厚生省看護課、厚生省助産課、看護師協会、助産師協会、看護教育（国立アスンシオン大学看護校、助産校等）、厚生省企画総局、厚生省プログラム総局、厚生省サービス局等との協議
7/25（水）	8:00 ワークショップ形式による全体協議（INEPEO、厚生省看護課、厚生省助産課、看護師協会、助産師協会、看護教育者、新規対象各県衛生局看護師長、ファシリテーター代表、各種委員会代表）
7/26（木）	8:00 全体協議（前日の続き） 14:00 ミニッツに関する協議
7/27（金）	終日 ミニッツ協議
7/28（土）	10:30 アスンシオン第9保健センター視察
7/29（日）	団内協議
7/30（月）	10:10 保健省副大臣との協議 12:00 ミニッツ署名 16:30 山下団長・小川団員・伊藤団員アスンシオン発（同日サンパウロ着・発、8月1日成田着）
7/31（火）	8:00-17:00 INEPEO を拠点に情報収集・作業
8/1（水）	8:00-17:00 INEPEO を拠点に情報収集・作業 10:30 厚生省看護課長へのインタビュー
8/2（木）	8:00-17:00 INEPEO を拠点に情報収集・作業 9:00 公衆衛生院（INS）学長へのインタビュー 10:30 厚生省プログラム総局長へのインタビュー
8/3（金）	8:00 -17:00 INEPEO を拠点に情報収集・作業 15:00 厚生省企画・評価総局長へのインタビュー
8/4（土）	資料整理
8/5（日）	資料整理

8/6 (月)	8:00-17:00 INEPEO を拠点に情報収集・作業 9:00 米州開発銀行 (BID) Mr. Alberto de Egea (ナショナル専門員) にインタビュー
8/7 (火)	8:00-11:00 INEPEO を拠点に情報収集・作業 11:30 PAHO/WHO Lic. Maria Adela Miltos Roa (Director) にインタビュー 14:00 JICA パラグアイ事務所に報告 16:30 アスンシオン発

1-4 主要面談者

<パラグアイ側>

(1) 厚生省

Dr. Oscar Martínez Doldan	大臣
Dra. Norma Dure	副大臣
Dr. Roberto Dullack	企画・評価総局長
Dra. Maria Eslela Cabral	企画・評価総局
Dr. Ruben Dario Ortiz	プログラム総局長
Dra. M. Elsa Paredes	プログラム総局
Lic. Maria Adela Miltos	助産課長
Lic. Blanca Mancuello	看護課長
Lic. Mirian Pedrozo de Ramírez	国立救急病院看護師長
Lic. Luz Liliana Leguizamon	小児病院看護師長
Lic. Gladys Noemí Galeano Quiñonez	国立看護・助産継続教育センター所長
Lic. Mary Petrona Fariña Villamayor	INEPEO 継続教育専門官
Lic. Nancy Mujica Ojeda	INEPEO ラテンアメリカ継続教育ネットワーク専門官
Lic. María del Carmen Cardozo de Cañete	INEPEO 研修管理担当官

(2) アルトパラナ県

Dr. Francisi C. Conerero	衛生局長
Lic. Elba Y. Cuba	県衛生局看護師長
Lic. Mirgam S. Colonga Verie	県衛生局疫学課

(3) カアグアス県

Lic. Blonco Mortinez	県衛生局看護師長
Lic. Elcira Garay	県地域病院看護師長

(4) パラグアリ県

Lic. Maria Estela Leguizamón	県衛生局看護師長
Lic. María Glirie Giménez	県ファシリテーター
Lic. Elodia Vysokolén	県プログラムコーディネーター

(5) その他関係者

Lic. Modesta de Piris	パラグアイ助産師協会長
Lic. Maria Concepción Chávez	パラグアイ看護師協会長
Lic. Rosalio de López	国立アスンシオン大学看護学校長
Lic. Gladys Morales	パラグアイ助産学校長

<ドナー機関>

(1) 世界保健機関 (OPS) パラグアイ事務所

Lic. Maria Adela Miltos Roa	所 長
Esperanza Martinez	コンサルタント
Bernarno Sanchez	コンサルタント
Rosario Audre	コンサルタント
Marys C. Ghisays	コンサルタント

(2) 国際連合児童基金 (UNICEF) パラグアイ事務所

Lic. Elsie Butterworth Kennedy	栄養・教育担当官
Dra. Susana Sanchez	コンサルタント

(3) Plan Paraguay (NGO)

Lic. Belinda Portillo	プログラムマネージャー
Lic. Dolly Godoy	保健分野専門官
Lic. Josefa Rauros	保健分野専門官

<日本側>

(1) 在パラグアイ日本大使館

飯野 建郎	特命全権大使
宍戸 孝志	経済・技術協力班

(2) JICA パラグアイ事務所

桜井 英充	所 長
岩谷 寛	次 長
中川 岳春	所 員
山口 景子	企画調査員
林 りさ	職 員

第2章 プロジェクト実施の背景

2-1 当該国の社会情勢、社会経済状況¹

パラグアイ国は南米大陸のほぼ中央に位置し、面積は40.7万km²（日本の約1.1倍）で、人口は約607万人²である。国民の97%が白人と先住民の混血で、言語はスペイン語とグアラニー語がともに公用語である。1993年に39年ぶりの文民大統領が就任し、人権の尊重、司法権刷新、憲法遵守等、民主化定着を図っている。

産業構造は対GDP（2003年）では、農業27.2%、工業24.2%、サービス業48.5%となっている。主要産業は農牧林業で輸出総額の半分を占めるが、綿花及び大豆の輸出が大きいため、経済成長は両作物の生産状況と国際価格に左右される。

また、1995年の南米南部共同市場（メルコスール）加盟以降、域内経済統合の流れに対応できず経済は低迷し、1996年にUS\$1,945に達した国民1人当たりGNPは、2002年にはUS\$969に下落した（2003年はUS\$1,019）。しかしながら、2003年のドゥアルテ政権発足時に課題であった経済改革関連法案を成立させ、国際通貨基金（International Monetary Fund：IMF）とのスタンド・バイ・クレジットを正式合意した。一方、同国には著しい経済格差が存在し、1999年から2004年の間に貧困層（最低限の栄養を摂取し、かつ生活に必要な最低限のサービスを受けるのに必要な収入を下回る層）は全人口の34%から49%、極貧層（最低限の栄養を摂取するのに必要な収入を下回る層）は16%から25%へと増加している。

2-2 保健医療セクター全体の状況

（1）主な保健指標

パラグアイ保健医療セクターにおける主要な基本保健指標を示す（表2-1）³。同国では1992年以降、乳児死亡率（Infant Mortality Rate：IMR）、5歳未満児死亡率（Under-5 Mortality Rate：U5MR）、妊産婦死亡率（Maternal Mortality Rate：MMR）の改善が停滞している。このままでは、ミレニアム開発目標4（2015年の5歳未満児死亡率14）、開発目標5（2015年の妊産婦死亡率を1990年の4分の3に削減する）の目標達成は難しいといわれている。

¹ 本項目は「パラグアイ国アスンシオン大学病院移転・整備計画基本設計調査報告書 2006年」を参考にしている。

² 2004年ECLAC（Economic Commission for Latin America and the Caribbean, ラテンアメリカ・カリブ経済委員会）より。

³ 衛生行政区別の乳幼児死亡率については付属資料5を参照。

表 2 - 1 主な基礎保健指標

基本保健関連指標		1990 年	2005 年	
1	出生時平均余命 (歳)	68	71	
2	5 歳未満児死亡率 (出生 1,000 当たり)	41	23	
3	乳児死亡率 (出生 1,000 当たり)	33	20	
4	妊産婦死亡率 (出生 10 万当たり)	150*	170 (2000 年)	
5	粗出生率 (人口 1,000 当たり)	35	29	
6	粗死亡率 (人口 1,000 当たり)	6	5	
7	合計特殊出生率	na	3.7	
8	1 歳児の予防接種率 (%)	結核 (BCG)	na	78
9		3 種混合 (DPT 3)	na	75
10		ポリオ (Polio 3)	na	74
11		麻疹	na	90
12		B 型肝炎 (HepB 3)	na	75
13		b 型インフルエンザ (Hib 3)	na	75
14	1 回以上妊婦健診を受けた妊婦の割合** (%)	1999~2004 年	94.2	
15	5 回以上妊婦健診を受けた妊婦の割合** (%)	1999~2004 年	71.3	
16	保健医療施設における分娩の割合** (%)	1999~2004 年	74.1	
17	改善された水源を利用する人口の割合 (%)	都市部 (2004 年)	99	
		農村部 (2004 年)	68	
18	適切な衛生施設を利用する人口の割合 (%)	都市部 (2004 年)	94	
		農村部 (2004 年)	61	

*1990 年に厚生省に登録された妊産婦死亡率

**パラグアイ人口研究センター (Centro Paraguayo de Estudios de Población, CEPEP), Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004 (人口及び性及びリプロダクティブヘルスに関する全国調査 2004 年), 2005
出典: www.unicef.org/infobycountry/

(2) 疾病構造

2005 年の厚生省の統計によれば、乳児の主な死因は分娩時の傷害 (31.1%)、先天的形成異常 (15.6%)、新生児の感染症 (12.8%)、早産 (6.0%)、下痢症 (5.6%) である。1~4 歳児の主な死因は、外的要因 (14.1%)、肺炎及びインフルエンザ (11.9%)、下痢症 (10.5%)、腫瘍、先天性奇形、栄養失調及び貧血 (それぞれ 7.5%) である。5 歳未満児の死亡の約 65% は予防可能な原因によるものといわれている。妊産婦死亡の主な原因は、流産 (27.3%)、妊娠中毒症 (19.9%)、出血 (19.1%)、敗血症 (11.0%) である⁴。

外来診療の主な原因としては、急性呼吸器感染症、下痢症、腸管寄生虫症などの感染症のほか、高血圧症、交通事故、骨折などによるものが多い。

(3) 保健医療システム

同国の保健医療サービスは、厚生省管轄の医療施設、社会保険庁 (Instituto de Previsión Social: IPS) の医療施設、民間の医療施設、軍病院、警察病院により提供されている。大

⁴ 衛生行政区別の乳児死亡及び妊産婦死亡の主な原因については、付属資料 6、7 を参照。

学病院は大学の付属施設として独立している。国勢調査局が 2001 年に実施した世帯調査⁵によれば、国全体で約 80% の人々が病気の際に厚生省が管轄する公的医療施設で保健医療サービスを利用している。また、IPS や民間による医療サービスは首都アスンシオン及びセントラル県に集中しており、地方における医療サービスは主に厚生省管轄の公的医療施設で提供されている。

厚生省は全国を 18 の衛生行政区に分け、表 2-2 の設置基準をもとに医療レベルを 4 段階に分けている⁶。

表 2-2 全国の厚生省所管の医療施設

区 分		施設数	設置基準	機 能
第 4 次医療施設	専門病院及び総合病院	9	国の要望による	専門科及び高度専門科の外来・入院
第 3 次医療施設	地域病院	17	住民 12 万人以上	基本 4 科*と優先度の高い専門科外来・入院
	地区病院	34	住民 1.5 万～4 万人	基本 4 科の外来・入院
第 2 次医療施設	ヘルスセンター	117	住民 0.6 万～1.5 万人	一般外来
第 1 次医療施設	ヘルスポストなど	730**	住民 0.6 万人未満	基礎サービス（看護・助産人材による）

表中の医療施設のほか、全国に 7 カ所の母子病院及び 12 カ所の専門センターがあるが、区分は未確認

*基本 4 科とは、内科、外科、小児科、産婦人科

**730 はヘルスポストの数であり、うち 44 カ所が閉鎖中。このほか、全国に 58 カ所のディスペンサリーがある（うち 3 カ所が閉鎖中）

出典：病院数は厚生省資料 2007 年、設置基準及び機能は「アスンシオン大学病院移転・設置計画基本設計調査報告書 2006 年」

同国では 1992 年以降、乳児死亡率、妊産婦死亡率が上昇傾向、ないしは改善が停滞しており、大幅な介入の必要性が訴えられてきた。現大統領は保健医療サービスへのアクセスの改善を図るため、母子に対する基本的医薬品の無料化を法令により打ち出した。2005 年には米州開発銀行（Banco Interamericano de Desarrollo : BID）の借款により、母子に対する基本的保健ケアプログラム（Programa de Cuidado Sanitario Básico : PCSB）の無料化を打ち出した。このプログラムでは、13 の疾病の治療と 40 のサービスが無料で提供される⁷。BID による融資資金は 2007 年 10 月に終了するが、これを基本として厚生省予算により国家プログラムとして継続する予定とのことである。

⁵ 世帯の統合的調査（Encuesta Integral de Hogares）2000-2001。

⁶ 衛生行政区別の医療施設の数については、付属資料 3 を参照。

⁷ 厚生省計画総局によれば、世界銀行の融資により行われる予定であった母子保健改善計画（Aseguramiento de materno infantil）が同行の融資を得られず、BID の融資により実現されたとのことである。

2-3 パラグアイ国政府の保健開発戦略

パラグアイ国政府は「2003～2008年国家開発計画」において保健医療の改革を国家開発の柱の1つとして、「保健医療システムの確立」、「地方分権化の促進」、「保健医療サービスの向上」を掲げた。さらに、「2003～2008年国家保健政策」においては「保健医療分野での社会的保護の拡大及び公正化」という総合目的の下に、「保健サービスにおけるケアの改善」、「貧困層に対する質の高いサービスの提供」等を特定目的として掲げ、優先的取組みとして「レファラル・システムの強化」、「厚生省所管の国立病院の整備」、「保健医療従事者の研修・育成」等に取り組むことを掲げた。

現厚生大臣の下、作成された「2005～2008年国家保健政策」のなかで、パラグアイ国政府は5つの指針を打ち出しているが、そのなかには「保健医療分野で働く人材の開発と継続教育の強化」が含まれている。そこでは、保健システムの構造的、文化的変革のなかで保健医療サービスの質の向上及び国民の健康改善を図る重要な手段として、国家的な継続教育モデルをつくることの重要性を強調している。

地方分権化は一様に行われているわけではないが、地方自治体との協力で18の衛生行政区への予算の分散化、機能の分散化、サービスの分権化が進められている。最終的には経費を地域で負担できる体制の確立を目指している。

予算請求は、従来の実績をもとに各衛生行政区で作成された案を厚生省がまとめて大蔵省に提出している。大蔵省により大幅な予算の増額が認められることはなく、年10～20%の増加が限度である。厚生省の予算は4年前から増加傾向にあったが、2006年度の予算は抑制され、微増にとどまっている⁸。

2-4 過去・現在行われている他のドナー国、国際援助機関の対象分野関連事業⁹

(1) 米州保健機構 (Pan American Health Organization : PAHO) / 世界保健機関 (World Health Organization : WHO)

組織強化、予防接種拡大計画 (Expanded Programme on Immunization : EPI)、リプロダクティブヘルス等の分野で支援を行っているほか、CIDA から拠出された予算をもとに厚生省が小児疾患の統合的管理 (Integrated Management of Childhood Illness : IMCI) 普及を行うために技術的な指導を行っている。今後はレファラル・システムの改善、サービスのカテゴリー化、医療施設内での治療結果の改善を目的とした継続教育への支援も行っていく予定である。

(2) 国連児童基金 (United Nations Children's Fund : UNICEF)

本プロジェクトに関連する「子どもの健康」分野では、EPI、栄養改善プログラムを支援しているほか、北部のボケロンとアルト・パラグアイの2衛生行政区において NGO に委託してコミュニティ IMCI¹⁰ を普及させている。これらの地域は先住民が多い過疎地であ

⁸ 厚生省企画・評価総局長のコメントより。各衛生行政区の予算全体については把握できなかったが、プライマリヘルスケアのプログラム予算を付属資料8に示す。

⁹ 本調査で各衛生局に送付した質問票への回答により把握できた衛生行政区におけるドナーの支援状況を付属資料9にまとめた。

¹⁰ 1992年にWHOとUNICEFが共同で子どもの病気に総合的に対処する方法として開発した戦略がIMCI (スペイン語ではAIEPI) である。IMCIのコンポーネントには、医療従事者の症例管理技術の改善を目的としたクリニカルIMCIと、家庭や地域での小児に対するケアの改善を目的としたコミュニティIMCIがある。

り、安全な水、衛生施設、電気へのアクセスも他地域に比べて低く、保健指標も悪い。

(3) 米州開発銀行 (BID)

現在実施中の借款は、1998年から医療サービスの地域化、地方分権化を目的として、人材強化、施設建設、機材整備などに投入されている。

2005年から2007年まで PCSB により母子保健に関連する 17 の疾病、80 種類のジェネリック医薬品の過疎地への調達を支援し、中部地域 5 衛生行政区から東部地域全体 10 衛生行政区を対象として、供給体制の確立を支援している。

2008年に新政権が誕生してから後続案件を検討する見込みである。

(4) アメリカ国際開発庁 (United States Agency for International Development : USAID)

地方の貧困地域を中心にリプロダクティブヘルス・サービスの質の向上と利用拡大を目指し、リプロダクティブヘルス・サービス及びその他の保健サービスの地方分権化に関わる支援を行っている。

(5) Plan Paraguay

JICA 南部看護・助産継続教育プロジェクト終了後、国立看護・助産継続教育センター (Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia : INEPEO) が自助努力で継続教育研修を拡大したパラグアリ、カアグアスの 2 衛生行政区における研修費用を負担支援した。2008年以降の本プロジェクトにおいても、サン・ペドロ、グアイラの 2 衛生行政区における活動に対する資金提供を表明している。

第3章 パラグアイ国における看護・助産人材分野の現状と課題

3-1 現 状

本プロジェクトは、厚生省の看護・助産人材の継続教育を対象としていることから、厚生省の看護・助産人材を含む保健人材の配置状況及び看護・助産人材の継続教育の土台となる看護基礎教育（養成教育）について述べる。

(1) 保健人材の配置状況

保健人材の配置状況を職種別にみると、表3-1のとおりである。

表3-1 厚生省 職種別の医療従事者の数

No.	職種別	数	人口1万人当たり
1	医師	3,602	5.99
2	学士看護師／助産師	1,663	2.77
3	准看護師	5,565	9.26
4	助産師 ¹¹	372	0.62
5	技術師 ¹²	1,393	2.32
6	保健助手	1,029	1.71
7	生化学その他の専門職 ¹³	604	1.01
8	歯科医師	523	0.87
9	ソーシャル・ワーカー	113	0.19
10	心理療法師	123	0.20
	合計	14,987	

注) 人口 6,009,142 で計算
出典：厚生省年報 2006 年 p. 31

2006年の厚生省年報によれば、学士看護師／助産師の数は1,663人（人口1万人当たり2.77）、准看護師は5,565（人口1万人当たり9.26）、助産師は372（人口1万人当たり0.62）であった。

表3-1では准助産師と技術助産師の別などが明らかではないが、別の厚生省人材局の資料（付属資料4）では、それらが区別されている。また、養成機関が1年間と短い准看護師や准助産師が看護・助産人材の大半を占めているのが実態であり、衛生行政区別に見ると、准看護師・准助産師が看護・助産人材の70～90%を占めている（付属資料4¹⁴参照）。

准看護師・准助産師の養成は2005年以降は行われていないが、現職の准看護師・准助産師の多くは辺地に存在する保健センターないしは保健ポスト（保健ポストでは1人配置の場合が多い）での勤務に携わっており、地域の保健医療サービスの重要な担い手となっ

¹¹ ここで示す助産師が准助産師かどうかは不明。

¹² ここで示す技術師は、麻酔科、検査、助産、放射線科、歯科等の技術師を含んでいる。

¹³ 薬剤師もここに含まれると思われるが、詳細は不明。

¹⁴ 付属資料4は厚生省人材局から入手したもの。表3-1のデータも同省人材局からのものであるが、後者は毎年厚生省年報の中で公開されている。付属資料4の中には、厚生省の中央レベルが管轄する国立病院と中央の厚生省のスタッフが含まれていないため両者のデータに差が出ていると思われるが、詳細は不明。

ている。保健医療サービス全体の質の向上のためには、彼らに対する継続教育が非常に重要である。

(2) 看護・助産基礎教育の現状

看護基礎教育（養成教育）は、准看護師養成校・准助産師養成校（基礎教育 9 年¹⁵後の 1 年間の教育）、看護技術師養成校・助産技術師養成校（基礎教育 12 年後の 2 年間の教育）及び大学医学部付属教育機関としての 4 年間の教育（学士看護師・学士助産師の養成教育）によって構成されていた。このうち、准看護師・准助産師養成校は、メルコスール（ブラジル、アルゼンチン、ウルグアイ、パラグアイ）厚生大臣会議における決定により、2005 年 1 月に廃止されている。本プロジェクトは、このような看護教育のあり方で育成されてきた看護・助産人材を対象として保健医療の質の向上に向けた継続教育を行うものである。

かつて准看護師・准助産師の養成校の多くは厚生省により運営されていたが、現在の看護技術師養成校・助産技術師養成校は民間によって運営されている。厚生省の国立保健院（Instituto Nacional de Salud : INS）がこれらの養成校を監督し、カリキュラム、授業時間設定の認可、教育施設、卒業試験の要件等の指導を行っている。INS によれば、全国に 122 の認可された看護技術師養成校・助産技術師養成校があるが、これらの多くは 2005 年 1 月までに准看護師養成校・准助産師養成校から看護技術師養成校・助産技術師養成校に変更されたものである。

このほか、INS によれば、全国には認可されていない学校で教育を受けた助手（auxiliar）約 2,000 人が資格を持たぬまま准看護師に近い仕事をしている。INS 学長によれば、彼らは年齢が 30～50 歳と高齢で新たに養成校に入学することは困難であるため、1 年間の通信教育により准看護師の資格を付与する機会を一度だけ与える計画が検討されている¹⁶。

3-2 主な課題

(1) 看護・助産継続教育における課題と JICA によるこれまでの支援

在職の看護・助産人材に対する継続教育は、従来からリプロダクティブヘルス・プログラム、予防接種・栄養改善など子どもの健康関連プログラム、感染症対策プログラムなどにより散発的に実施されてきた。しかし、それらは看護・助産人材全体の能力強化のために系統だって計画・立案されたものではなかった。また、同一の人物が複数の研修に参加する一方、末端のヘルスポスト等に勤務する人材には研修受講の機会が与えられなかったのが実情であった。

「JICA 南部看護・助産継続教育強化プロジェクト（2001～2006 年）」は同国のなかでも保健医療サービスの発展が遅れていた南部地域において、看護・助産人材の母子保健サービスに関する能力強化を目的として開始され、南部 4 衛生行政区（ニエンブク、ミシオネス、イタプア、カアサパ）において、看護・助産人材の継続教育システムが確立され機能するというプロジェクト目標を達成した。さらに、全国レベルでの看護・助産継続教育のシステムづくりに向けた取組み（国家試験導入に向けた協力、カリキュラム作成等）も実

¹⁵ 小学校 6 年プラス中学校 3 年。看護・助産技術師の養成校に入学するには、さらに高校 3 年を要する。

¹⁶ なお、INEPEO は有資格の准看護師・准助産師等を継続教育研修の対象としており、これら無資格の助手は研修対象にはしていない。

施された。同プロジェクト終了後、2006年にパラグアイ側の自助努力により研修対象を2衛生行政区（カアグアス、パラグアリ）追加し、同プロジェクトで得られた成果を普及させている。しかしながら、他の12衛生行政区においては同様の体系的な継続教育は実施されていない。パラグアイ国側のみで継続教育を全国に普及するには限界があることから、同政府から看護人材育成強化プロジェクトが要請されてきた。

（2）ワークショップによる問題分析と協議

本調査ではワークショップを開催し、看護・助産継続教育に関わる関係者が一堂に会して、INEPEO 所長による「JICA 南部看護・助産継続教育強化プロジェクト（2001～2006年）」の成果・教訓についての報告の後、看護・助産継続教育の質に関する問題分析・目的分析を行った。

ワークショップの問題分析では、中心問題として「看護・助産継続教育の質が低い」が提示され、参加者各自から提出された中心問題の直接原因が以下の6つに分類され、それぞれについての問題分析を行ったところ、主要な問題は以下のとおりであった。

なお、以下の問題点は、どこの問題点なのか、どの衛生行政区の問題なのかは特定していない。これは、ワークショップを参加型で開催し、問題ごとにグループ分けして作業した際に、各グループの属性が偏らないよう配慮し自由に意見を出してもらうため、誰が書いたかは問わなかったためである。したがって、以下の問題は、各衛生行政区にあまねくみられる問題点ではないことに留意する必要がある。

1) ファシリテーターに係る問題点（研修を指導する講師に係る問題）

1. すべてのファシリテーターが十分な意欲を持っているわけではないが、それは、スタッフ全般の傾向として給与が少ないため、複数（多くの場合2つないし3つ）の職を抱えていることと、研修を指導することに対するインセンティブがないためである。
2. ファシリテーターは通常の看護業務、ペーパーワーク等多くの業務を抱えており、多忙であるため、知識がアップデートされていない。また、ファシリテーターの選抜や養成には改善の余地がある。
3. 教育が集権化されていて、多様なニーズに対応できていない。

2) 研修参加者側に関する問題点

1. 研修が直接利用者にサービスを提供する看護・助産人材を対象としていない。研修参加者の選抜が適切でない（同一人物が何度も研修に参加している一方、機会を与えられない看護・助産人材が多い）のは、継続教育の重要性が十分認識されていないためである。
2. 研修参加者のエンパワメントまたはモチベーションが不足しているが、それは、継続教育が受講者の現場のニーズに合致していないこと、継続教育の重要性が認識されていないこと、為政者が継続教育に対して興味を持っていないことなどによる。
3. 医療の現状に関する情報が不足しており、研修参加者の医療の現状に対する知識が不足している。
4. 養成水準に合致した、看護・助産の継続教育が不足している。

5. 医療施設に配属されている人材の水準が適切でない。
6. 研修参加者側も多忙であり、長期の研修参加は困難である。

3) 継続教育の内容に関する問題点

1. 統一されたカリキュラムがない。各養成水準に対応した継続教育カリキュラムが作成されていない。ニーズに基づいた継続教育計画が作成されていない。
2. インストラクターの配慮が不足している。適切なインストラクターが選考されていない。道徳的価値観を守らないインストラクターがいる。
3. 管理当局による管理体制が悪く、個人及び政治的な利害関係に左右される。継続教育に政治及び個人的な利害関係が影響している。また、資金が不足している。
4. 継続教育政策に不備があり、継続教育に関係する高官レベルと実務者レベルの間の連携がない。

4) モニタリングの不足に関する問題点

1. モニタリングのツールが不足しており、モニタリングの必要性が認識されていない。
2. モニタリングの研修を受けた人材が少ない。正規職員のための研修予算が少ないし、医療従事者自体の数も少ないため、研修を受けられない。
3. 財源が不足している。予算作成の際の計画性が不足しているうえ、予算が執行される割合が低く、執行される時期も遅れがちである。

5) 継続教育政策の不足に関する問題点

1. 政治的な情勢が不安定な時期であり、為政者及び政治が不安定である。
2. 為政者の認識不足により、継続教育政策が効率的ではない。
3. 継続教育政策を検討・策定するための予算が不足している。また、人材不足、モチベーション不足のため、実施体制に不備がある。
4. 当局によるエンパワメントが不足しており、人材の配置が不適切なため、業務が継続的でない。また、チームワークも不足している。

6) 財源の不足

1. 管理体制が適切でなく、人材の採用政策が適切ではない。
2. 地域内での財源を確保するための活動が行われていない、財源の検討が十分に行われていないなど、財源確保のための活動が不十分である。

(3) 解決されるべき課題

上記の主要問題に対処するため、①ファシリテーターのモチベーションが維持されるために、何らかのインセンティブの導入や、中期的及び短期的に評価されるシステムの導入、ファシリテーターが研修準備に専念できるよう、継続教育が制度として確立されるよう働きかけることの必要性〔(2)の1)参照〕、②継続教育の内容及び研修参加者の意欲を改善するための、各養成水準や現場のニーズに合致した「適応プログラム」作成の必要性〔(2)の2)、3)参照〕、③統一されたモニタリング・システムの確立と実施の必要性〔(2)の4)参照〕、④継続教育の財源が確保されるために、行政支援を確保するための

活動と同時に、効率的・効果的な研修を実施して、成果を為政者に示していくことの必要性、などが提示された〔(2)の5)、6)参照〕。

そこで、本プロジェクトで対処すべき課題として、①質の高い継続教育研修を実施するための意欲を持ったファシリテーターの養成、②衛生行政区の事情に応じた適応プログラムの作成、③継続教育研修のモニタリング・評価方法の確立・実施、④継続教育研修が自立発展的に行われるための予算・行政の理解・支援等の確保、の4つが主要な課題としてまとめられた。さらに、全体協議のなかで、以下の点が指摘された。

- ・継続教育研修の内容はこれまでに行われている小児・母性領域にとどまらず、研修内容を徐々に広げるよう努力すべきであること。
- ・多くの場合、長期の研修参加は困難であり、最大3日が限度であること。
- ・厚生省による継続教育研修にあてられる予算の増額は困難であり、衛生行政区レベルでの自助努力、自治体への予算要求、公団・NGO・他ドナー等への支援要請等に努める必要があること。

第4章 プロジェクトの戦略

第3章で述べられた問題・課題を踏まえ、本プロジェクトの戦略が以下のとおり整理された。

4-1 プロジェクト戦略の概要

3年間の協力内容として、①国家の標準プログラムとして認定されている母性・小児領域¹⁷での研修及びモニタリングの普及・拡大、②研修及びモニタリングを自立発展的に実施していくための人材・組織づくり・予算・行政支援等の確保、③継続教育カリキュラムが策定されている基礎看護学・地域看護学・成人看護学の標準プログラムの開発・国レベルのファシリテーターの養成、の3つの要素をコアとして、看護・助産継続教育の質の向上と、全国展開の基盤づくりを行う。

戦略① 国家の標準プログラムとして認定されている母性・小児領域での研修・モニタリングの普及・拡大を図る。

前プロジェクトの対象地域4衛生行政区及びその後のパラグアイ国側の自助努力によって2衛生行政区に実施拡大された母性・小児領域での研修・モニタリングを、新たな重点対象地域10衛生行政区に普及・拡大する。

戦略② あらゆる領域での継続教育研修及びモニタリングを自立発展的に実施していくための人材・組織・予算・行政支援等の基盤を確保していく。

自立発展性確保の観点から、INEPEOにおけるファシリテーター研修の費用はJICAが負担するが、各衛生行政区における研修実施経費及びすべての研修モニタリング実施経費は、自立発展性の観点からパラグアイ国側が負担すべく、最大限努力する。

戦略③ 看護・助産継続教育の内容は徐々に広げるべきものであるため、既に継続教育カリキュラムが作成されている基礎看護学、成人看護学、地域看護学の3領域に関する研修の基礎をつくるため、研修プログラム、教材等の作成、ナショナルファシリテーター養成等の基礎づくりを行う。

¹⁷ この標準プログラムには、小児疾病統合管理（IMCI）のうち、危険兆候、せき・呼吸困難、下痢、発熱、耳・喉の症状、栄養失調と貧血等が含まれている。

4-2 プロジェクトの実施体制

プロジェクトの運営・実施体制は図4-1に示すとおりである。

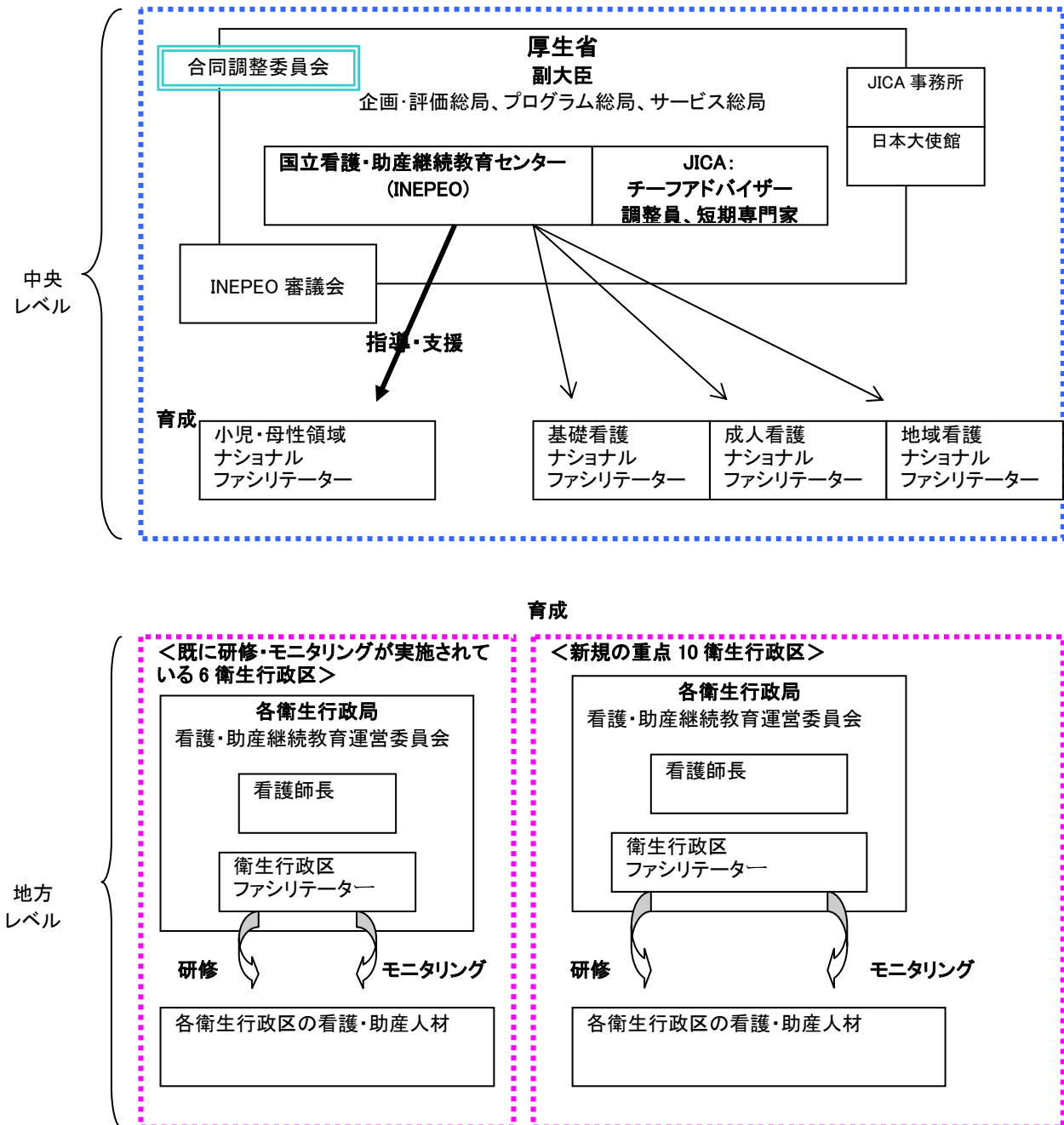


図4-1 プロジェクトの運営・実施体制

厚生省がプロジェクトの責任機関となる。同省は、プロジェクトのカウンターパート機関である国立看護・助産継続教育センター（INEPEO）及びその審議会、全国の衛生行政局とともに、プロジェクトの実施推進にあたる。プロジェクトの管理・実施の全体的な責任を負うプロジェクト・ディレクターはINEPEOを直轄する厚生副大臣である。プロジェクトの実務レベルの長であるプロジェクト・マネージャーはINEPEO 所長であり、同機関の継続教育専門官、ラ

テンアメリカ継続教育ネットワーク専門官、研修管理担当官とともにプロジェクトを実施していく。前プロジェクト実施期間中に育成された小児・母性領域のナショナルファシリテーターは、INEPEO の指導・支援の下、プロジェクトの重点対象地域 10 衛生行政区のファシリテーターの育成にあたる。育成された各衛生行政区のファシリテーターは、それぞれの衛生行政区の看護・助産人材の研修・モニタリングにあたる。

基礎看護学、成人看護学、地域看護学の 3 領域のナショナルファシリテーターは本プロジェクト実施期間中に育成される。

INEPEO におけるファシリテーター研修の費用は JICA が負担するが、各衛生行政区における研修実施経費及びすべての研修モニタリング実施経費は、自立発展性の観点からパラグアイ国側が負担すべく最大限努力することが協議のなかで合意された。現状ではパラグアイ国側で確保されている予算はわずかであり、INEPEO、同審議会、各衛生行政局が、今後厚生省を通じた大蔵省への予算要求や自治体への予算要求、公団・協会関係・NGO・他ドナー等への支援要求等に努力する所存であることが確認されている。

第5章 プロジェクトの基本計画

5-1 プロジェクトの対象地域

本プロジェクトの主たる対象となるのは、これまで INEPEO による看護・助産継続教育が実施されていない 12 衛生行政区のうち、人口が散在している北部 2 衛生行政区を除く 10 衛生行政区（コンセプション、サン・ペドロ、コルディジェーラ、グアイラ、アルトパラナ、セントラル、アマンバイ、カニンデジュ、プレシデンテ・アジェス、首都）を重点地域とし、南部看護・助産継続教育強化プロジェクト対象地域 4 衛生行政区（ニェンブク、ミシオネス、イタブア、カアサパ）及び 2006 年にパラグアイ側の自助努力により研修対象として追加された 2 衛生行政区（カアグアス、パラグアリ）を加えた 16 衛生行政区である。なお、本プロジェクトで強化される基礎看護学、成人看護学、地域看護学の 3 領域に関する研修の基礎は、他の 2 衛生行政区を含む全国の看護・助産人材の継続教育に資することを目的としており、プロジェクトの対象は全国とする。

5-2 プロジェクトのターゲットグループ

本プロジェクトのターゲットグループは、厚生省の全国の看護・助産人材約 4,600 名である¹⁸。

5-3 プロジェクト目標

本プロジェクトの実施期間は、2008 年から 2011 年までの 3 年間で計画されている。本プロジェクトの実施によって、プロジェクト終了時には、次のような状態が可能になると想定される。「全国規模で看護・助産人材の継続教育研修を自立的に実施する基盤が強化されることにより、各衛生行政区において『研修実施計画』に基づく小児・母性領域に関する継続教育研修及び研修モニタリング・評価が自立発展的に実践されている。さらに、基礎看護学、成人看護学、地域看護学の 3 領域に関する継続教育研修を実施するための基礎ができています」

- 指標 1 「10 衛生行政区ファシリテーターが研修受講者による 5 段階評価で 3.5 以上の評価を得る」ことにより、プロジェクトで養成された各重点衛生行政区のファシリテーターが、研修実施・指導においてある一定の基準を満たす能力を備えていることが確認できる。
- 指標 2 「10 衛生行政区における『研修実施計画』が、厚生省から看護・助産継続教育として承認される」ことにより、同研修実施計画の正当性が確認でき、衛生行政区、自治体等に対する予算請求の根拠が確保される。
- 指標 3 「基礎看護学、成人看護学、地域看護学の『研修プログラム』が、厚生省からモデルとして承認される」ことにより、同研修プログラム普及のための正当性が確認できる。

5-4 上位目標

上位目標は、プロジェクト目標の達成の結果として発現することが期待される、正のインパクトを示す。

¹⁸ 付属資料 4 「衛生行政区別看護・助産人材の数」を参照。

上位目標「全国レベルでの看護・助産人材による保健医療サービスが改善する」

本プロジェクトの目標が達成され、全国規模で看護・助産人材の継続教育研修を自立的に実施する基盤が強化されることによって、継続教育を受けている看護・助産人材の知識・技能が改善され、彼らによる保健医療サービスが改善されていることが想定される。特に、本プロジェクトで対象とする小児・母性領域における継続教育研修は、その内容に治療の場での知識・技能のみならず、実際の予防・早期発見ができるようになる指導、必要に応じてコミュニティに出かけて実践することの重要性を教え、住民に保健サービスの利用を促すことまでを含んでいる。研修により知識・技能が身につく、それをモニタリングすることにより確認し、更なる指導をした成果は、実際のサービスの実践による結果で測るべきと考えられる。

指標 1 「2015年までに、有資格者による介助を受けた分娩（施設分娩）の割合が2006年と比べて上昇する」

看護・助産人材による保健医療サービスが改善することは、住民に対する保健利用サービスの利用を促進する姿勢・行動の改善を含み、その結果、有資格者による介助を受ける分娩の割合が上昇することが期待できる。

指標 2 「2015年までに、5歳未満児死亡率及び妊産婦死亡率が2006年と比べて20%減少する」

看護・助産人材による保健医療サービスが改善し、住民の保健医療サービスの利用が促進されれば、その結果として5歳未満児死亡率及び妊産婦死亡率が減少することが期待できる。

「南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」の実施期間中、プロジェクトの対象地域におけるこれらの指標の改善の幅は、対象地域外に比べて大きかったことが確認されている。プロジェクト目標である「全国規模で看護・助産人材の継続研修を自立的に実施する基盤が強化される」が達成され、①厚生省の医療施設における看護・助産人材の数が現状より減少しない、②医療施設の数が増加しない、③看護・助産人材の業務に最低限必要な資機材が少なくとも現状を保つ、という外部条件が満たされることにより、上位目標「全国レベルでの看護・助産人材による保健医療サービスが改善する」が達成される。

5-5 アウトプット及び活動

プロジェクト目標達成のためのアウトプットは4つから構成される。プロジェクトではまず「南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」の経験・実績に基づき、小児・母性領域に関する継続教育研修プロセスの確立・実施を図る（アウトプット1）ファシリテーターの養成研修、各衛生行政区に応じた「適応研修プログラム」の作成、看護・助産人材のデータ・ベース作成などの活動に着手する。さらに、同領域に関する研修モニタリング・評価方法の確立・実施（アウトプット2）のための実施計画の作成、実際の研修モニタリングの実施を進める。これらと並行して、継続教育研修実施及び研修モニタリング実施を自立的発展的に行うための人材（アウトプット1に関連）・予算・組織づくり・行政支援確保（アウトプット3）のための継続教育運営委員会の発足、予算確保のための活動、広報・普及活動を推進する。さらに、小児・母

性領域にとどまらず、多様な住民のニーズに対応するための基礎看護学・成人看護学・地域看護学の3領域に関する研修の基礎づくり（アウトプット4）を行う。

アウトプット1

小児・母性領域に関し、看護・助産人材に対する継続教育研修プロセスが確立・実施される。

まず、重点地域10衛生行政区において、ファシリテーターを選出・育成し、各衛生行政区における研修計画及び各衛生行政区に応じた「適応研修プログラム」を作成する。そのうえで、同10衛生行政区ならびに既にこれまでに継続教育研修プロセスが確立・実施されている6衛生行政区において研修を実施する。

活 動

- 1-1 10衛生行政区において、各8名のファシリテーターを選出し、小児・母性領域に関する研修計画を作成する。
- 1-2 各衛生行政区8名のファシリテーターに対し、上記研修計画に沿った研修を実施する。
- 1-3 上記研修中、各衛生行政区の状況及び研修受講者に適した「適応研修プログラム」を作成する。
- 1-4 10衛生行政区において、全看護・助産人材のデータベースを作成する。
- 1-5 10衛生行政区における研修計画を作成する。
- 1-6 16衛生行政区において、上記研修計画に沿った看護・助産人材に対する研修を実施する。

アウトプット1の達成を図るために、以下の指標を活用する。

- 指標 1-1 10衛生行政区において、それぞれ小児・母性領域最低8名の衛生行政区ファシリテーターが研修指導者として養成される。
- 指標 1-2 10衛生行政区における「適応プログラム」が作成され、各衛生行政区で承認されている。
- 指標 1-3 10衛生行政区において、「研修実施計画」が作成される。
- 指標 1-4 プロジェクト終了時まで、10衛生行政区において乳幼児健診、リプロダクティブヘルス研修受講者がそれぞれ最低500名に達している。

アウトプット2

小児・母性領域に関し、看護・助産人材に対する継続教育研修のモニタリング・評価方法が確立・実施される。

重点10衛生行政区において、研修モニタリング・評価の実施計画を策定し、それに基づいて同10衛生行政区ならびに既にこれまでに研修のモニタリングが確立・実施されている6衛生行政区において研修モニタリングを実施する。

活 動

- | | |
|-----|--|
| 2-1 | 10 衛生行政区における研修モニタリング・評価の実施計画を策定する。 |
| 2-2 | 16 衛生行政区において研修モニタリング基準を用いた研修モニタリングを実施する。 |

アウトプット 2 の達成を図るために、以下の指標を活用する。

指標 2-1 「研修モニタリング・評価実施計画」が作成される。

指標 2-2 プロジェクト終了時までには 10 衛生行政区でそれぞれ最低 1 回の研修モニタリングが実施されている。

アウトプット 3

自立発展に向け人材・予算・組織づくり・行政支援が確保される。

既に継続教育運営委員会がある 6 衛生行政区に加えて、10 衛生行政区において継続教育運営委員会を発足させ、活動を定例化する。衛生行政局、厚生省がともに研修・モニタリング経費確保のための活動、継続教育予算確保のための活動を行う。ドナー、NGO、自治体などによる研修・モニタリングの経費提供を促すため、プロジェクト成果に関する広報・普及活動を強化する。

活 動

- | | |
|-----|--|
| 3-1 | 10 衛生行政区において、継続教育運営委員会を発足させ、活動を定例化する。 |
| 3-2 | 16 衛生行政局は研修・モニタリング経費確保のための活動を行い、厚生省はこれを支援する。 |
| 3-3 | 厚生省は看護・助産人材の継続教育予算確保のための活動を行う。 |
| 3-4 | 16 衛生行政区におけるプロジェクト成果に関する普及活動を強化する。 |

アウトプット 3 の達成を図るために、以下の指標を活用する。

指標 3-1 国レベル、衛生行政区レベルで看護・助産継続教育の資金の目途が確保されている。

指標 3-2 ナショナルファシリテーター及び衛生行政区ファシリテーターが継続的に養成・確保されている。

指標 3-3 すべての研修テキストが厚生省から正式に承認されている。

アウトプット 4

看護・助産継続教育カリキュラムのうち基礎看護学、成人看護学、地域看護学の 3 領域に関する研修の基礎ができる。

小児・母性領域は優先分野ではあるが、看護継続教育の対象はそれにとどまらない。「南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」で継続教育カリキュラムが作成された 3 分野について、研修プログラム、研修マニュアル、教材等の作成を行うとともに、ナショナルファシリテーターを養成し、各衛生行政区で 3 分野の研修が行われるようになるための基礎をつくる。

活 動

- | | |
|-----|--|
| 4-1 | 看護・助産継続教育カリキュラム作成委員会において、3領域の研修プログラムを作成する。 |
| 4-2 | 3領域研修プログラムに沿った研修マニュアル及び研修教材・教具を作成する。 |
| 4-3 | ナショナルファシリテーターに対する3領域の研修を実施する。 |
| 4-4 | 全国の衛生行政区ファシリテーターに対する「研修実施計画」を作成する。 |

このアウトプット4の達成を測るために、以下の指標を活用する。

指標 4-1 3領域の研修マニュアルが厚生省の承認を受ける。

指標 4-2 3領域のナショナルファシリテーターが各領域最低10名養成されている。

指標 4-3 16 衛生行政区ファシリテーターに対する3領域に関する研修実施計画が厚生省及び各衛生行政区の承認を受ける。

以上のアウトプットが達成され、「育成されたナショナルファシリテーター及び衛生行政区ファシリテーターが継続的に機能する」という外部条件が満たされれば、プロジェクト目標である「全国規模で看護・助産人材の継続研修を自立的に実施する基盤が強化される」は達成されると考えられる。

5-6 投 入

事前調査の協議の結果、日本側、パラグアイ国側の本プロジェクト投入（案）は次のとおり合意された。

表5-1 プロジェクトの実施に必要な投入（案）

パラグアイ側（見込み）	日本側（見込み）
人材 ・カウンターパート（INEPEO 所長、同継続教育専門官、同ラテンアメリカ継続教育ネットワーク専門官、同研修管理担当官） ・ナショナルファシリテーター ・衛生行政区ファシリテーター ・その他（財務官・秘書・運転手・警備員）	長期専門家 ・総括／継続教育 ・業務調整／モニタリング 短期専門家 ・基礎看護（看護管理含む）* ・成人看護 ・地域看護*
施設 ・研修施設（中央・地方） ・プロジェクトオフィス	機材供与 ・ファシリテーター用研修機材
機材 ・INEPEO 所有の事務機器・実習用機材	第三国研修* ・エルサルバドル「基礎看護」 ・メキシコ「地域看護」
各種経費 ・プロジェクト運営費（光熱水費、電話代、ガソリン代の一部） ・衛生行政区での研修実施経費 ・研修モニタリング経費	在外事業強化費 ・INEPEO でのファシリテーター研修実施経費

*基礎看護の短期専門家（エルサルバドル）・短期専門家（メキシコ）の派遣及び第三国研修は、在外事業強化費によるもの

5-7 外部条件・リスクの分析

本プロジェクトのリスクと実施可能な対応策を表5-2に示す。

表5-2 リスク¹⁹分析及び対応策案

リスク	対応策案
<p>プロジェクト目標から上位目標へ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 厚生省の医療施設における看護・助産人材の数が現状より減少する。 2. 医療施設の数が現状より減少する。 3. 看護・助産人材の業務に最低限必要な資機材が現状より悪化する。 <p>想定される影響</p> <p>⇒1. 看護・助産人材による保健医療サービスの改善が停滞する恐れがある。</p> <p>⇒2. 住民の医療施設へのアクセスの改善が停滞する恐れがある。</p> <p>⇒3. 保健医療サービスの改善が停滞する恐れがある。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 政府のコミットメントを明確にし、人材配置・医療施設の数、資機材の状況が少なくとも現状のレベルより悪化することのないよう喚起する。
<p>アウトプットからプロジェクト目標へ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 育成されたナショナルファシリテーターの多くが継続的に機能しない。 2. 育成された衛生行政区ファシリテーターの多くが継続的に機能しない。 <p>想定される影響</p> <p>⇒1. 衛生行政区ファシリテーターの育成研修が円滑に進まない恐れがある。</p> <p>⇒2. 各衛生行政区における看護・助産人材に対する研修実施及び研修モニタリングの実施が円滑に進まない恐れがある。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 厚生省及び衛生行政局に対し、ナショナルファシリテーターの役割及び継続勤務の重要性を説明し、異動のないように喚起し続ける。 2) 衛生行政局に対し、衛生行政区ファシリテーターの役割及び継続勤務の重要性を説明し、異動のないように喚起し続ける。
<p>活動からアウトプットへ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. カウンターパートが異動する。 <p>想定される影響</p> <p>⇒1. プロジェクトの活動の連続性、継続性が損なわれ、効果的な活動の実施が困難になる。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) プロジェクト実施中もカウンターパートの人事異動がないよう、定期的にパラグアイ側と確認する。

なお、外部条件として含まれてはいないが、プロジェクト実施に何らかの影響を与える可能性があると考えられる以下の事項については、今後の進捗を見守っていくことが肝要である。

(1) 新政権下の厚生省・衛生行政局のコミットメント

看護・助産継続教育の関係者及び新たに対象地域となった10衛生行政区については、コルディジェーラ、アマンバイを除く8衛生行政局の看護課長とアマンバイの母子保健課

¹⁹ なお、表5-2の「リスク」は、PDM上では「外部条件」の項に示されている。外部条件は、プロジェクトを成功させるために必要な条件であるが、プロジェクト内ではコントロールできない条件として定義づけられ、その条件内容に関して肯定的な表現(条件が満たされた状態)で記載されている。したがって、上記リスクとPDM上の外部条件は、文章表現は異なるものの、プロジェクトを成功に導く重要事項としての扱いは同じである。

長がワークショップ形式の協議に参加し、既に継続教育研修が実施されている6衛生行政区についてはビジャ・アジェスを除く各衛生行政局のコーディネーター等代表が協議に参加しており、関係者のPDM案、PO案についての合意は十分得られたと考えられる。しかし、2008年中旬には大統領選挙が予定されており、その後の新政権下の厚生省・衛生行政局関係者によるコミットメントを取り付けていくことが肝要である。

(2) 各衛生行政区における活動予算の確保

各衛生行政区において研修・モニタリングを実施していくための活動予算は、今後の協議や実際のプロジェクトの活動のなかで確保していく必要があり、各衛生行政区の事情に応じて、今後具体的に検討していくことが必要である。

(3) 企画・評価総局、プログラム総局、サービス総局との調整

厚生省のこれら3局との連絡・調整を図りつつプロジェクトの活動を進める。特にプログラム総局では、リプロダクティブヘルス及び小児保健に係るサブプログラム下での保健医療従事者の研修が行われており、連携・調整のための配慮が必要である。

5-8 前提条件

プロジェクト実施の前提条件として、「看護・助産人材の研修場所として国立・助産継続教育センターが確保されている」「(前プロジェクトにより養成された)小児・母性領域のナショナルファシリテーターが確保されている」があげられる。

第6章 プロジェクト実施に係る評価結果

6-1 妥当性

プロジェクトの妥当性は高いと判断される。

(1) パラグアイ国政府の政策との整合性

パラグアイ国の国家開発計画（2003～2008年）のうち、保健医療分野において本プロジェクトは「サービス領域の拡大」「リプロダクティブヘルスの改善」「小児保健の改善」「サービスの分権化」の課題に対して貢献するものである。

また、国家保健政策（2005～2008年）において掲げられている5つの基本指針のうち「人材と継続教育の開発」と、本プロジェクトの方向性が合致している。

さらに、妊産婦死亡の減少や新生児を中心とする小児医療の向上は相手国の優先課題であり、プロジェクトが支援する継続教育は、これらの課題の解決に向けた保健医療サービスの向上に大いに貢献するものである。

(2) 相手国のニーズ

継続教育は全国で普及されるべきであり、前プロジェクトの対象地域6衛生行政区、及びその後のパラグアイ側の自助努力により研修対象が拡大された2衛生行政区、人口密度が低い北部の2衛生行政区を除く10衛生行政区を重点地域としている。さらに、自立発展に向けた継続教育の人材・組織・予算・行政支援の確保といった基盤整備、新たな3領域（基礎看護学、成人看護学、地域看護学）の研修の基礎づくりは、全国を視野に入れている。

(3) 日本政府のパラグアイ国政府に対する援助政策との整合性

本プロジェクトはJICAの平成18年度対パラグアイ国別事業実施計画において、援助重点分野「貧困層への社会サービスの充実と収入の維持向上」の「保健医療サービスの向上支援」プログラムに位置づけられており、同プログラムの方針である、地域住民のニーズを取り込んだ持続的な保健医療体制の確立、医療従事者の継続教育の強化と合致する。

(4) 日本の比較優位性

日本においては、日本看護協会や都道府県が実施する研修や病院OJT等による継続教育の蓄積が厚い。こうした経験を背景として、JICAは看護師・臨床検査技師等の医療従事者の育成に積極的に取り組んできた。保健医療スタッフの人材育成をプロジェクトの柱とするJICAの「地域保健強化」プロジェクトは、これまでにニカラグア、ジャマイカ、ラオス、インドネシア等で実施されている。パラグアイ国においても、「南部看護・継続教育強化プロジェクト」における協力で蓄積したノウハウや人脈を活用することもできることから、技術的な優位性を有しているといえる。

6-2 有効性

以下の点より本プロジェクトの有効性が見込まれる。

- (1) 本プロジェクトでは、看護・助産人材に対する継続教育研修及び研修後のモニタリングまでを活動に組み込むことにより、研修の質と医療現場での有効な活用までを包括的に捉えている。
- (2) 自立発展に向けた人材・予算・行政支援を確保するための活動を進めつつ、継続教育研修及び研修モニタリングの活動を展開していくことで、プロジェクト目標である「継続研修を自立的に実施する基盤の強化」の達成に向けて多面的な活動を計画している。
- (3) 小児・母性領域に加えて基礎看護学、成人看護学、地域看護学の3領域に関する研修プログラムの作成、ナショナルファシリテーターの養成を行うことで、継続教育の基盤づくりを強固にすることができる。

6-3 効率性

本プロジェクトは以下の点から効率性が高いと見込まれる。

- (1) カウンターパートは、前プロジェクトのカウンターパートであった INEPEO 技術スタッフ4名が継続して任務にあたる見込みであり、また、小児・母性領域のナショナルファシリテーターは、前プロジェクトで養成された要員を活用する。このように、「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」で育成された人材を効果的に活用することにより、効率的な活動が期待される。
- (2) 研修経費削減のために、「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」では使用料支払いの必要がない施設で研修を実施する、衛生行政区内を複数のゾーンに分けて研修を実施することで研修参加者の交通費を抑制する等の工夫を行っており、本プロジェクトでも同様の手法で低い研修経費による研修実施を計画している。このような創意工夫により、費用に比して効果の高い事業実施が期待できる。
- (3) 近隣の中南米諸国におけるカウンターパート人材の研修や同諸国からの専門家の指導を計画するなど、第三国リソースを積極的に活用する予定であり、効率的な事業実施が期待される。

6-4 インパクト

本プロジェクトの実施により以下のインパクトが期待できる。

- (1) プロジェクトの実施により、全国規模で看護・助産人材の継続教育研修が自立的に実施する基盤が強化され、実施されるようになれば、看護・助産人材の知識・技術が向上し、同人材による保健医療サービスの質が改善されることが期待でき、上位目標の達成に大いに貢献する。
- (2) 特に、小児・母性領域の継続教育を10衛生行政区で実施することから、乳児死亡率・妊産

婦死亡率の減少への貢献が期待でき、同率が約 10 年にわたり停滞しているパラグアイ国の保健医療の状況改善に大きく資することが可能と考えられる。

6-5 自立発展性

本プロジェクトは以下の点から自立発展性が見込まれる。

(1) 組織面

プロジェクトのカウンターパートとして継続教育システムの拠点になるのは INEPEO である。INEPEO の運営・管理能力は「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」を通じて確保されており、同プロジェクト終了後にパラグアイ国側で独自に 2 衛生行政区に対する継続教育の基盤づくりを行ったことからそれが実証されている。さらに、センターの活動を支援するグループとして、厚生省、看護及び助産の各協会、看護・助産教育の 3 部門から成る審議会が設立されており、関係者間の連携協力体制を構築するための下地がある。

(2) 政策面

国家保健計画（2005～2008 年）において、人材育成と継続教育はパラグアイ保健セクターにおける優先的な課題として位置づけられており、本プロジェクト終了後（2011 年）も政策的支援が継続されることが期待できる。

(3) 財政面

厚生省による財政的支援については、楽観的な見通しはできない状況であるが、本プロジェクトは「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」の経験から自立発展性の確保を重視しており、そのための活動をプロジェクトのコンポーネントとして含んでいる。具体的には、各衛生行政区において継続教育運営委員会を発足させ、自治体、他ドナーや NGO に対して財政支援への働きかけを行うなど、国レベル、地域レベルで経費・予算確保のための活動を行うこととしており、財政面での継続性が期待できる。

6-6 結論

以上、評価 5 項目の観点から事前評価を行った結果、プロジェクトの総合的実施妥当性は高いと判断される。

第7章 事前調査団協議結果、留意点、所感

7-1 協議結果概要

7-1-1 プロジェクトの枠組み

前章までの分析をも踏まえ、本プロジェクトの枠組みは以下のとおりである。

(1) プロジェクト名称

現在、両国政府間で正式に合意された英文名称は“Strengthening of Technique and Scientific Capabilities of Human Resources in Nursing”である。このプロジェクト名称は1) 継続教育だけでなく基礎教育まで含む誤解を与える恐れがあること、2) 「助産人材」が抜けていること、の2点から、プロジェクトの内容を適切に表現するためにはプロジェクト名称を“Project for Strengthening Continuing Education in Nursing and Midwifery”とすることが妥当であるという点で、両国実施機関間で意見が一致した(参考: 西語では、“Proyecto de Fortalecimiento de la Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia”)。今後、JICA 及びパラグアイ国厚生省は、それぞれの政府に対して上記プロジェクト名称とすることを提案し、それが承認されればしかるべき手続きを行うよう依頼することで合意した。

(2) 対象地域

パラグアイ全国(重点地域: 10 衛生行政区: コンセプション、サン・ペドロ、コルデイジェーラ、グアイラ、アルトパラナ、セントラル、アマンバイ、カニンデジュ、プレシデンテ・アジェス、首都)

(3) 協力期間

2008 年から 3 年間。

(4) 上位目標

全国レベルでの看護・助産人材による保健医療サービスが改善する。

(5) プロジェクト目標

全国規模で看護・助産人材の継続研修を自立的に実施する基盤が強化される。

(6) 成果及び主な活動

成果 1: 小児・母性領域に関し、看護・助産人材に対する継続教育研修プロセスが確立・実施される。

主な活動: 重点地域 10 衛生行政区におけるファシリテーターの選出・育成、研修計画の作成、適応研修プログラムの作成、16 衛生行政区における研修の実施等

成果 2: 小児・母性領域に関し、看護・助産人材に対する継続教育研修のモニタリング・評価方法が確立・実施される。

主な活動: 重点地域 10 衛生行政区における研修モニタリング・評価の実施計画策定、

16 衛生行政区における研修モニタリングの実施等

成果3：自立発展に向け人材・予算・組織づくり・行政支援が確保される。

主な活動：重点地域 10 衛生行政区における継続教育運営委員会の発足・活動定例化、厚生省・衛生行政区による予算確保の活動、プロジェクト成果に関する普及活動等

成果4：看護・助産継続教育カリキュラムのうち基礎看護学、成人看護学、地域看護学の3領域に関する研修の基礎ができる。

主な活動：上記3領域の研修プログラム、研修マニュアル、研修教材・教具の作成、ナショナルファシリテーターの養成、研修実施計画の作成等

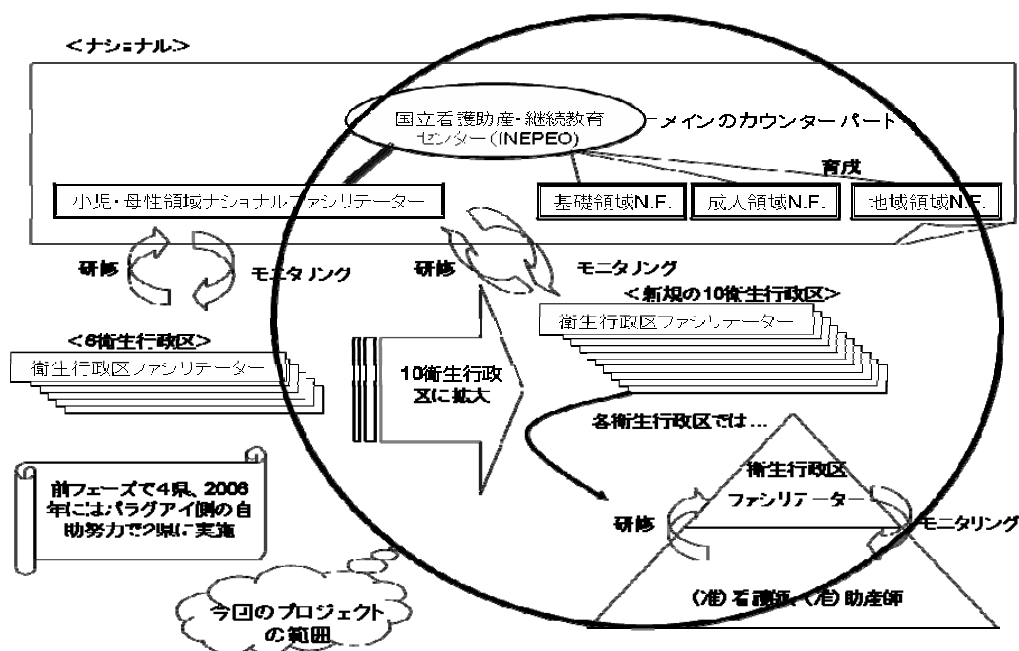


図7-1 プロジェクトの範囲の概念図

7-1-2 実施体制

厚生省がプロジェクトの責任機関となる。同省は、全国の衛生行政局や国立看護・助産継続教育センター（INEPEO）審議会等とともに、プロジェクトの実施推進にあたる。JICA から派遣される日本人専門家と密接に業務を遂行する主要カウンターパートは次のとおりである。

- ①プロジェクト・ディレクター（プロジェクトの管理・実施の全体的な責任を負う）：厚生副大臣
- ②プロジェクト・マネージャー（プロジェクトの運営・技術的な事項の責任を負う）：INEPEO 所長
- ③INEPEO 継続教育専門官、INEPEO ラテンアメリカ継続教育ネットワーク専門官、INEPEO 研修管理担当官

7-1-3 協議のポイントとなった重要な点

- (1) INEPEO におけるファシリテーター研修の費用は JICA が負担するが、衛生行政区での研修実施経費及びすべての研修モニタリング実施経費は、自立発展性の観点からパラグアイ側が負担すべく最大限努力することで合意し、その旨ミニッツに記載した〔事前調査ミニッツ 7. (1)〕。現状ではパラグアイ国側で既に確保されている予算はわずかであり、INEPEO、同審議会、各衛生行政区は今後大蔵省や自治体の予算要求、公団・協会関係・NGO・他ドナー等への支援要請等に努める所存であることを確認した。
- (2) パラグアイ側の協議のなかで、継続研修の内容を徐々に広げるよう努力すべきであるとの意見が表明され、多くの関係者が同意した。ただし、研修期間は最大 3 日が限度であるとの意見が多く表明された。厚生省企画総局からは、研修内容を広げる際に統合的小児疾病管理（西語：AIEPI、英語：IMCI）を含めるべきとの意見が出されたが、他の多数の関係者（地方の衛生行政区を含む）は、予算的・法的側面等の懸念から異議を唱えた。このように様々な見解が表明されたことを、表現ぶりを調整のうえミニッツに記載した〔同 7. (2)〕。
- (3) 研修対象を看護・助産人材以外の医療従事者にも広げるべきとの意見が厚生省プログラム総局から出された。これに対し、乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率を低減するためには、まずはこれまでに成果をあげている看護・助産人材の研修の拡大を行うべきとの意見があり、両論をミニッツに記載した〔同 7. (3)〕。
- (4) 厚生省内部のコミュニケーションを改善すべきとの指摘が複数あった。この点はプロジェクト実施に重要であるため、表現ぶりを調整のうえミニッツに記載した〔同 7. (4)〕。
- (5) プロジェクトの実施に伴い、INEPEO の活動範囲が大きく拡大するため、INEPEO スタッフ（看護・助産人材）の増員が強く望まれるとの意見が表明された。現在の INEPEO 専門職スタッフがわずか 4 名で手一杯の状況に鑑み、この点をミニッツに記載した〔同 7. (5)〕。

7-2 プロジェクト実施上の留意点

7-2-1 プロジェクトの円滑な運営に関して

前プロジェクト終了後、国立看護・助産継続教育センター（INEPEO）が中心となり、前プロジェクトで確立された継続教育研修モデルの普及を近隣の新たな 2 衛生行政区において試みていた。この間、厚生省が 1996 年から導入していた統合的小児疾病管理（AIEPI）の研修が、各国ドナーの支援の下、国家プログラムとして実施され始めていた。このことにより、厚生省の企画総局及びプログラム総局から、INEPEO が実施する研修に、AIEPI の導入とすべての保健医療従事者を受講者とするような働きかけがあった。しかし、INEPEO は研修経費の問題や研修期間が長いこと、看護・助産法規がなく医療事故が起こった場合に擁護されないこと、また補助看護師・助産師の能力が低いこと等から、企画総局及びプログラム

総局の要望を受け入れず、これまでと同様の研修を実施している。そのため、厚生省内のいくつかの総局と INEPEO との間にコミュニケーションの亀裂が生じたため、以下のようなプロジェクト実施上の課題を考慮する必要がある。

(1) プロジェクトが実施する研修内容の検討

対策：プロジェクトが実施する研修内容を検討する際、看護・助産継続教育カリキュラムの全容を熟慮し、研修対象者の能力に応じた段階を考慮した研修となるようにする。

(2) 厚生省内と INEPEO との調整

対策：厚生副大臣の協力を得て定例の総局長会議へ参加し、プロジェクトの進捗状況と問題点等の報告を行う。

(3) 他ドナーとの連携強化

対策：厚生省ドナー会議に参加し、他ドナーの支援内容・方法の全体像を把握するとともに、JICA プロジェクトの位置づけを明確に示す。

7-2-2 プロジェクト目標の達成に関して

プロジェクトの期間が短いなかで、対象となる衛生行政区の数が多く、そのすべての地域において、自助努力による研修・モニタリング経費を確保する必要がある。また、これまでの衛生行政区と異なり、INEPEO との距離的問題が数々の障害をもたらすものとする。これらの条件の下では、以下のようなプロジェクト実施上の課題を考慮する必要がある。

(1) 研修・モニタリング経費の確保

対策：厚生省への増額予算の請求。Plan Paraguay (NGO) との早急な協定締結の実施。他ドナーの確保。各衛生行政区予算の一部確保。研修参加者による経費負担の検討等。

(2) INEPEO 職員の増員

対策：厚生副大臣及び厚生大臣へプロジェクト活動の報告と今後の活動計画を提示し、人員増加の必要性について再三にわたる説明を行う。

(3) 各衛生行政区におけるプロジェクトの運営管理

対策：衛生行政区ごとにファシリテーターによる継続教育運営委員会を発足、定例化し、会議議事録を作成する。また、INEPEO において3カ月に1度の全国継続教育運営委員会を開催し、各衛生行政区におけるプロジェクトの進捗状況を全員で共有する。

(4) 協力隊との緩やかな連携

対策：INEPEO において、医療協力隊の会合を開催するとともに、上記全国継続教育運営委員会にカウンターパートとともに参加し、情報の共有を図る。

7-2-3 自立発展性に関して

現在、厚生省は INEPEO 運営予算として、わずかではあるが確保している。しかし、INEPEO が使用する研修プログラムや他方面への行政支援がない。また、INEPEO と各衛生行政区とのつながりが希薄であるため、その地域における行政支援が得にくい。これらの条件の下では、以下のようなプロジェクト実施上の課題を考慮する必要がある。

(1) 将来にわたる研修・モニタリング経費の確保

対策：前プロジェクトで行った厚生法規のなかに全看護・助産職者に対し、看護・助産継続教育研修受講の義務化を表現した。これを再度検討する。また、看護・助産継続研修の制度化を確立する。

(2) INEPEO 審議委員会の活動内容の明確化

対策：INEPEO 審議委員会の活動内容の文書化を図り、委員各々の立場から厚生省の各総局への働きかけを行い、厚生省の支援を得る。

(3) 各衛生行政区からの支援の強化

対策：厚生副大臣の呼びかけによる全国衛生局長会議を開催し、プロジェクトの説明と今後の詳細な活動計画の提示を行い、協力を得る。

(4) 全国レベルの組織づくり

対策：全国看護・助産継続教育ネットワークの構築を図り、自立発展のための活動を検討する。

7-3 総括所感

前項までに述べたように、本調査団はパラグアイにおける現地調査・関係者との協議等を概ね予定どおり実施し、プロジェクト実施に向けた情報収集・意見集約のうえで、プロジェクトの大枠（PDM 案、PO 案）についてパラグアイ厚生省との合意形成を図った。今後プロジェクト開始に向け細部の調整はあり得るものの、プロジェクトの基本計画は本事前調査を通じて実質的に固まったと考える。

この調査の過程で調査団が理解したこと・感じたことのうち、プロジェクトの円滑で効果的な実施のために重要だと思われることを以下に列挙する。

7-3-1 自立発展性に向けて

プロジェクトの主要カウンターパートとなる INEPEO の現所長・職員、及び、プロジェクトの重要な支援者となることが期待される INEPEO 審議会は、看護・助産継続教育の推進・強化に関して強い当事者意識を持ち、自助努力の必要性を十分認識している様子が見てとれた。調査団派遣前の日本側の打合せでは、継続教育実施経費（会場費・受講者の旅費等）やモニタリング経費（モニタリング者の旅費）の負担についてパラグアイ側が難色を示すのではないかと憂慮していたが、全くの杞憂に終わった。調査中、機材供与の可能性についてパラグアイ側関係者が質問した際に、カウンターパートが間髪入れず「まずは各自の努力が先

決、それで解決できなければ次に行うべきは予算要求」と応答した場面もあった。また、本調査団との協議を進めるため、及び、調査直後に予定されていた継続教育事業の準備のため、カウンターパートが超勤手当もないなか、連日夜遅くまで残業しているのを目の当たりにしたが、パラグアイ国ではこれは極めて稀なことだと聞いた。

以上の状況から調査団が感じたことは次のとおりである。

- (1) プロジェクト実施にあたっては、現在のカウンターパート及び審議会メンバーの当事者意識や自助努力を仮にも損なうことのないよう、日本側関係者は通常以上に自立発展性の確保・促進に気を配り、彼らに継続的な動機づけを行うとともに、特に経費的支援・機材供与が行き過ぎないように注意を払うことが望ましい。
- (2) 現在のカウンターパートは、業務上の責任に対する自覚や勤勉性の面で得がたい存在であると思われる。人事異動等によりその存在を失う可能性を最小限に抑えるため、日本側関係者としても機会をとらえてその存在の継続確保に努めるとともに、優秀な人材を探し出してカウンターパートの増員（現有メンバーの補強）を図ることが望ましい。
- (3) カウンターパート及び審議会メンバーの自覚は、彼らによれば主に過去のプロジェクトの日本人長期専門家の指導によってもたらされたとのことである。日本人長期専門家は個々の専門技術・知識にとどまらず、業務に対する姿勢・責任感などを現地関係者に植え付けたわけであり、今後のプロジェクト実施にあたっては、日本人専門家の使命としてこのような側面の重要性を認識するべきである。

7-3-2 異職種の立場の尊重と支援について

プロジェクトの主題が看護・助産継続教育であるため、カウンターパート・審議会メンバー・プロジェクトの受益者（継続教育の受講者）のほぼ全員が看護師／補助看護師・助産師／補助助産師であるが、当該職種にある者と医師とでは、職場における発言力・職務権限・法律による擁護の度合い等が大きく異なり、ときとして、両者の間に様々な確執が生じている模様である。

プロジェクト実施にあたっては、日本側関係者は、一方の言い分のにみに肩入れしているといった認識をパラグアイ側関係者に与えないよう、両者の意見に耳を傾ける姿勢を示すとともに、全体として発言力・権限が小さく、法の擁護も不十分な看護・助産職が十分能力を發揮し職責を全うできるような環境の保持に向け、適切な仲介・支援役を務めることが望ましい。

7-3-3 統合的小児疾病管理（AIEPI）について

看護・助産継続教育のカリキュラムに、統合的小児疾病管理（AIEPI、IMCI）を全面的に取り入れるべきか否かについて、調査中多くの議論があり、上述7-3-1との関連では、自力での継続性の観点から、AIEPI導入研修の経験者と未経験者との間で、上述7-3-2との関連では、村落部の保健所の体制（医師の配置なし）や現在の看護・助産基礎教育カリキュラム及び法的枠組みの観点から、看護・助産職者と医師とで意見が異なる場面が繰り返

し見られた。本調査中の協議の結果、プロジェクトの内容への AIEPI の全面的取入れは行わないことで合意したが、AIEPI 導入研修を実体験していない医師からは、今後とも機会があれば、看護・助産継続教育に AIEPI を全面導入すべきとの主張がなされる可能性があると思われる。もしそのような議論が再燃した場合、それは、単に AIEPI が有効か否かという議論ではなく、上述のように、自立発展性及び異職種の立場の違いをはらむ議論であることを、日本側として理解しておくことが望まれる。

第8章 実施協議

事前調査の結果をもとに、その後の検討を踏まえて主に以下の点を修正し、R/D案に反映した。

- (1) 両国政府間で案件名の変更が合意されたことを踏まえ、プロジェクト名称を“Project for Strengthening Continuing Education in Nursing and Midwifery”（西語では、“Proyecto de Fortalecimiento de la Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia”）とした。
- (2) プロジェクト開始日を2008年1月30日とした。
- (3) 合同調整委員会のオブザーバーとして、連携を予定している Plan Paraguay を加えた。

また、R/Dと同時に署名するミニッツ（M/M）案には、モニタリング・評価を行うために重要な PDM、PO についてのほか、以下の点を盛り込んだ。

- (1) INEPEO におけるファシリテーター研修の費用は JICA が負担するが、衛生行政区での研修実施経費及びすべての研修モニタリング実施経費は、自立発展性の観点からパラグアイ国側負担とし、パラグアイ国側は最大限努力する。
- (2) 南部看護・助産継続教育強化プロジェクトで供与された機材、車両、インフラ施設は、本プロジェクトのために使用する。

以上を含む諸点についてパラグアイ国側と実施協議を行い、2007年12月18日、R/D及びM/Mの署名・交換を行った。

付 属 資 料

1. 事前調査団ミニッツ
2. 討議議事録 (R/D)、協議議事録 (M/M)
3. 厚生省 衛生行政区ごとの医療施設 2007 年
4. 衛生行政区別看護・助産人材の数
5. 衛生行政区別の新生児、乳幼児、5 歳未満児の死亡率 2005 年
6. 衛生行政区別の乳児死亡の主な原因 2005 年
7. 衛生行政区別の妊産婦死亡の主な原因 2005 年
8. 衛生行政区別 プライマリヘルスケア プログラム予算 2006 年
9. 各衛生行政区におけるドナー（国際機関、二国間援助機関、NGO）等の支援状況

1. 事前調査団ミニッツ

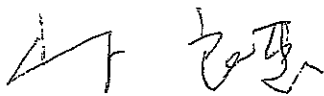
MINUTA DE REUNIÓN SOBRE EL
PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN LA REPÚBLICA DE PARAGUAY

La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante “la JICA”) envió a la República de Paraguay, la Misión de Estudio Preliminar (en adelante “la Misión”), liderada por el Lic. Yoshie Yamashita, desde el 19 de julio al 30 de julio, 2007, con el propósito de deliberar el contenido del proyecto solicitado, denominado “Proyecto de Fortalecimiento de Fortalecimiento de la Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia en la República del Paraguay” (en adelante “el Proyecto”).

Durante su estadía en Paraguay, la Misión realizó inspecciones en terreno e hizo una serie de deliberaciones sobre el Proyecto con las autoridades e instancias involucradas, en Paraguay.

Como resultado de dichas deliberaciones, la Misión y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay (de aquí en adelante “MSPyBS”) llegaron a un entendimiento mutuo sobre las materias referidas en el documento adjunto.

Asunción, 30 de julio de 2007



Lic. Yoshie Yamashita
Líder, Misión de Estudio Preliminar
Agencia de Cooperación Internacional del Japón
Japón



Dr. Oscar Martínez Doldan
Ministro de Salud Pública y Bienestar
Social
República del Paraguay

Documento adjunto

1 Antecedentes

La JICA ha ejecutado un proyecto de cooperación técnica denominada "Fortalecimiento de la Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia en el Sur de la República del Paraguay" (periodo de cooperación: Febrero del 2001 hasta Febrero del 2006), y como resultado de esta cooperación se estableció un modelo de capacitación de educación permanente para los recursos humanos de enfermería y obstetricia en los 4 departamentos de la zona sur del Paraguay (Caazapá, Itapúa, Misiones y Ñeembucú). También se realizaron emprendimientos con miras a la implementación del un Sistema de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia a nivel nacional (una cooperación para la introducción de Evaluación nacional para enfermeras, Elaboración de Currículo, entre otros).

Posterior al término del proyecto mencionado, a partir del 2006, la parte paraguaya, por sus propios esfuerzos, ha extendido los resultados de esta cooperación a dos departamentos del país (Caaguazú y Paraguari). Y con el propósito de difundir este modelo de capacitación a nivel nacional, el Gobierno del Paraguay solicitó al Gobierno del Japón el Proyecto.

Ante esta solicitud, esta misión preliminar tiene el objetivo de determinar el alcance de las actividades de cooperación técnica y verificar las condiciones para la ejecución.

2 Direccionamiento del Proyecto

- 1) Buscar el mejoramiento de la capacidad de los recursos humanos de enfermería y de obstetricia del todo el país, con miras al mejoramiento de la salud materno infantil.
- 2) Para ampliar la capacitación permanente y hacer surgir el efecto de la capacitación, todos los involucrados de la parte paraguaya realizarán la autogestión y las personas vinculadas de la parte japonesa apoyarán dicha autogestión.
- 3) Aprovechar en lo máximo dentro del Proyecto, lo aprendido hasta el año 2006.

3 Esquema tentativo del Proyecto

El esquema tentativo del proyecto elaborado en base a las deliberaciones, es como sigue:



La Matriz de Diseño del Proyecto (PDM) y el Plan de Operaciones (PO) es como se muestra en el Anexo 1 y Anexo 2, respectivamente. Las mismas están sujetas a variación a través de las deliberaciones futuras y la evaluación realizada.

(1) Denominación del Proyecto

La denominación en inglés del proyecto acordado entre ambos gobiernos es “Strengthening of Technique and Scientific Capabilities of Human Resources in Nursing”. Tomando en cuenta que esta denominación del proyecto; 1) Puede generar una impresión equivocada haciendo entender que incluye la formación y no solo la educación permanente, 2) Que falta “los recursos humanos en obstetricia”, las partes han acordado que la denominación del proyecto sea “Project for Strengthening Continuing Education in Nursing and Midwifery”, de tal manera a que la denominación refleje en forma adecuada el contenido del proyecto (Referencia: en español “Proyecto de Fortalecimiento de la Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia”). En el futuro, la JICA y el MSPyBS del Paraguay solicitarán a ambos gobiernos que se tomen las medidas necesarias para que se adopte la denominación mencionada y se apruebe la misma.

(2) Área Meta

Todo el territorio de la República del Paraguay (área prioritaria: 10 regiones sanitarias; Concepción, San Pedro, Cordillera, Guairá, Alto Paraná, Central, Amambay, Canindeyú, Presidente Hayes, Capital)

(3) Población Meta

Todos los recursos humanos en enfermería y obstetricia del país.

(4) Beneficiarios

Toda la población paraguaya.

(5) Duración del Proyecto

Tres años a partir del año 2008.

(6) Plan Maestro del Proyecto

1) Meta Superior

Se Mejora el servicio de salud de los recursos humanos en enfermería y



obstetricia a nivel Nacional.

2) Meta del Proyecto

Se fortalece el cimiento para realizar en forma independiente la capacitación en educación permanente de los recursos humanos en enfermería y obstetricia a nivel nacional.

3) Resultados

- Resultado 1: Se establece y se ejecuta el proceso de educación permanente en el área materno infantil para los recursos humanos de enfermería y obstetricia.
- Resultado 2: Se establece y se ejecuta el método de monitoreo y de evaluación de la educación permanente en el área materno infantil de los recursos humanos de enfermería y de obstetricia.
- Resultado 3: Se asegura los recursos humanos, presupuestos, organización y el apoyo estatal con miras a la autogestión.
- Resultado 4: Se establece las bases de la educación permanente en relación a las 3 áreas: enfermería básica, enfermería al adulto, enfermería comunitaria de entre los currículos para la educación permanente en enfermería y obstetricia.

4 Organización para la ejecución del Proyecto

El MSPyBS será la organización responsable del Proyecto. Este Ministerio en forma conjunta con todas las regiones sanitarias, el consejo del Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (de aquí en adelante "INEPEO"), entre otros, buscará promover la implementación del Proyecto. Los principales contrapartes que trabajarán en forma estrecha con los expertos enviados por la JICA serán como sigue:

- 1) Directora del Proyecto (será la responsable general de la administración e implementación del Proyecto): Vice Ministra del MSPyBS
- 2) Gerente del Proyecto (será la responsable en el aspecto gerencial y técnico del Proyecto): Directora del INEPEO.
- 3) Especialista en Educación Permanente del INEPEO, Especialista de la Red de Información de Educación Permanente en Latinoamérica y el Caribe del INEPEO, Gerente de las capacitaciones del INEPEO.



5 Comité de Coordinación Conjunta del Proyecto

Se conformará el Comité de Coordinación Conjunta y se reunirá, más de una vez al año de acuerdo a las necesidades, para planificar y revisar el avance el Plan de Operaciones del Proyecto. El comité estará compuesto por los siguientes miembros.

1) Presidente

Vice Ministra de MSPyBS

2) Miembros de la parte paraguaya

MSPyBS

Director General de Planificación y Evaluación

Director General de Programas

Director General de Servicios

Directora del INEPEO

Consejo del INEPEO

Directora de la Dirección de Obstetricia

Directora de la Dirección de Enfermería

Enfermera en Jefe del Centro de Emergencias Médicas

Enfermera en Jefe del Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú"

Presidenta de la Asociación Paraguaya de Enfermería

Presidenta de la Asociación de Obstetras

Presidenta del Colegio de Obstetras del Paraguay

Presidente de la Asociación Nacional de Técnicos y Auxiliares de Enfermería en Paraguay

Directora de la Dirección de la Escuela de Enfermería del Instituto Andrés Barbero

Directora de la Dirección de la Escuela de Obstetricia del Instituto Andrés Barbero

Representante de la Universidad Católica de Asunción

Presidenta de la Asociación de los Institutos de Educación en Salud del Paraguay

3) Miembros de la parte japonesa

Representante Residente de la JICA

Expertos japoneses asignados al proyecto

4) Observador



ds

Representantes de la Embajada del Japón
Otras personas invitadas por el presidente

6 Medidas a ser adoptadas por las partes

(1) Medidas a ser adoptadas por la JICA

En concordancia con las leyes y reglamentaciones vigentes en Japón y las disposiciones del Artículo II del Convenio de Cooperación Técnica suscripto entre el Gobierno del Japón y el Gobierno de la República del Paraguay, firmado en fecha 8 de febrero de 1979 en la ciudad de Asunción (en adelante denominado “el Convenio”), la JICA como la agencia ejecutora de la cooperación técnica por parte del Gobierno del Japón, asumirá las siguientes medidas de acuerdo a los procedimientos normales de su programa de cooperación técnica.

1) Envío de Expertos Japoneses

JICA proporcionará los servicios de los expertos japoneses. Las disposiciones del Artículo II del Convenio se aplicarán a los expertos mencionados anteriormente.

2) Suministro de Maquinarias y Equipamientos

JICA proporcionará las maquinarias, equipos y otros materiales (en adelante denominado “el equipamiento”) necesarios para la implementación del Proyecto. Las disposiciones del Artículo IX del Convenio se aplicarán a las disposiciones relacionadas al Equipamiento.

(2) Medidas a ser adoptadas por el Gobierno de la República del Paraguay

1) El Gobierno de la República del Paraguay tomará las medidas necesarias para garantizar que la operación autónoma del Proyecto pueda ser mantenida durante y una vez concluido el período de cooperación técnica japonesa, a través de un compromiso total y activo en el Proyecto por parte de todas las autoridades involucradas, grupos beneficiarios e instituciones.

2) El Gobierno de la República del Paraguay garantizará que las tecnologías y los conocimientos adquiridos por los ciudadanos paraguayos como resultado de la cooperación técnica japonesa, contribuirán al desarrollo económico y social de la República del Paraguay.



- 3) En conformidad con las disposiciones del Artículo VI del Convenio, el Gobierno de la República del Paraguay garantizará dentro del territorio de la misma, privilegios, exenciones y beneficios mencionados en el 6-(1)-1) a los expertos japoneses mencionados y a sus familiares.
- 4) En conformidad con las disposiciones del Artículo IX del Convenio, el Gobierno de la República del Paraguay tomará las medidas necesarias para recibir y hacer uso del equipamiento proporcionado por la JICA bajo el 6-(1)-2) del párrafo anterior, y los equipos, maquinarias y materiales transportados por los expertos japoneses mencionados en el 6-(1)-1).
- 5) En conformidad con las disposiciones del Artículo V del Convenio, el Gobierno de la República del Paraguay proporcionará los servicios del personal contraparte paraguayo según se menciona en el 4) anterior, así como de personal administrativo.
- 6) En conformidad con las disposiciones del Artículo V del Convenio, el Gobierno de la República del Paraguay proporcionará las instalaciones edilicias según se detalla a continuación.
 - Espacio suficiente para la implementación del Proyecto
 - Oficinas y otras infraestructuras necesarias para los expertos japoneses.
 - Facilidades como electricidad, agua, teléfono, y mobiliarios necesarios para las actividades del Proyecto.
 - Otras facilidades necesarias para el Proyecto.
- 7) En conformidad con las leyes y los reglamentos vigentes en la República del Paraguay, el Gobierno de la República del Paraguay adoptará las medidas necesarias para suministrar o reemplazar por sus propios medios, equipos, materiales, instrumentos, vehículos, herramientas, repuestos y cualquier otro tipo de materiales necesarios para la ejecución del Proyecto, que no sean parte del Equipo proporcionado por la JICA según el 6-(1)-2) anterior.
- 8) En conformidad con las leyes y los reglamentos vigentes en la República del Paraguay, el Gobierno de la República del Paraguay adoptará las medidas necesarias para cubrir los gastos necesarios para la implementación del Proyecto.



7 Aspectos importantes de la deliberación, solicitudes, observaciones especiales y tareas pendientes.

- (1) El costo de las capacitaciones de los facilitadores en el INEPEO, será solventado por la JICA, y en cuanto al costo para la realización de la capacitación en las regiones sanitarias, todo el costo para la realización del monitoreo de la capacitación, la parte paraguaya hará su máximo esfuerzo, tomando en cuenta la sostenibilidad.
- (2) Se ha planteado la necesidad de extender en forma paulatina el contenido de la capacitación permanente siguiendo las normas del MSPyBS, y muchas de las personas involucradas expresaron su acuerdo con el mismo. Sin embargo, se presentaron muchas opiniones en que la máxima disponibilidad de tiempo era de tres días. También se planteó la necesidad de incluir dentro del tema de capacitación la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). En cuanto a esto, se plantearon la necesidad de tener una consideración más minuciosa tomando en cuenta los aspectos presupuestarios y legales.
- (3) Se planteó la necesidad de extender la capacitación a otros profesionales de salud. Sin embargo, otros opinaron que tomando en cuenta que la capacitación de los recursos humanos de enfermería y obstetricia contribuyó en la reducción de la tasa de mortalidad materno infantil, sería conveniente ampliar la capacitación de los mismos.
- (4) Se planteó la importancia de fortalecer aún más la coordinación dentro del MSPyBS, de manera a poder aumentar los resultados del Proyecto.
- (5) Se planteó una fuerte necesidad de aumentar la cantidad de funcionarios (recursos humanos de enfermería y obstetricia) del INEPEO, dado que con la implementación del proyecto aumentará enormemente el área de acción.

8 Pasos a seguir

- (1) El miembro del equipo encargado del análisis de la evaluación permanecerá hasta el 7 de agosto para coleccionar los datos y estudios sobre la situación actual.



(2) La deliberación entre las autoridades correspondientes del Paraguay y la JICA para la implementación, y posteriormente confirmar las medidas a ser tomadas por ambas partes, el contenido de la PDM y el PO. Antes del inicio del Proyecto, deberá ser preparado y firmado el Registro de Deliberaciones y Minuta de Reunión entre las partes.

Anexo 1 PDM Tentativo
Anexo 2 PO Tentativo



Denominación del proyecto: Proyecto de Fortalecimiento de la Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia en la República del Paraguay
 Zona meta: República del Paraguay (Zona prioritaria: 10 regiones sanitarias: Concepción, San Pedro, Cordillera, Guairá, Alto Paraná, Central, Amambay, Canindeyú, Presidente Hayes, Capital)

Periodo: 2008 a 2011

Grupo meta: Todos los recursos humanos en enfermería y obstetricia del País.

Resumen del Proyecto	Indicadores	Método de obtención	Condición externa
Meta Superior Se mejora el servicio de salud de los recursos humanos en enfermería y obstetricia a nivel Nacional.	<ul style="list-style-type: none"> Para el año 2015, aumenta la proporción de los partos asistidos por personal capacitado (parto institucional), en comparación con el año 2006. Para el año 2015, se reduce un 20%, la tasa de mortalidad materna y de los menores de 5 años en comparación con la del año 2006. 	<ul style="list-style-type: none"> Estadística de la Dirección de Estadística de MSPyBS Estadística de la Dirección de Estadística de MSPyBS 	
Meta del proyecto Se fortalece el cimiento para realizar en forma independiente la capacitación en educación permanente de los recursos humanos en enfermería y obstetricia a nivel nacional.	<ul style="list-style-type: none"> Los facilitadores de las 10 regiones sanitarias, reciben una calificación de más de 3,5 en una escala de 5, como participantes de los cursos de capacitación. El "Programa de Implementación de la Capacitación" para las 10 regiones sanitarias es reconocida por el ministerio de salud como la educación permanente para los recursos humanos de enfermería y de obstetricia. Los "Programas de Capacitación" para enfermería básica, enfermería para adulto, enfermería comunitaria es reconocida por el MSPyBS como un modelo. 	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta Informe del proyecto Informe del Consejo de Educación Permanente Informe del proyecto Resolución Ministerial 	<ul style="list-style-type: none"> La cantidad de los recursos humanos en enfermería y obstetricia en los servicios de salud del MSPyBS, no disminuye más de lo actual. La cantidad de los servicios de salud no disminuye del estado actual. Los equipos mínimos y necesario para los puestos de enfermería y de obstetricia, al menos mantiene su estado actual.
Resultados			
1 Se establece y se ejecuta el proceso de educación permanente en el área materno infantil para los recursos humanos de enfermería y obstetricia	<ul style="list-style-type: none"> 1-1 Al menos 8 de los facilitadores de las regiones sanitarias se forman como instructores de la capacitación en el área materno infantil, en cada una de las 10 regiones sanitarias. 1-2 Se elaboran "Programas de capacitación adaptada" para cada una de las 10 regiones sanitarias, y las mismas son aprobadas por cada una de las regiones sanitarias. 1-3 Se elaboran "Programas de Implementación de la Capacitación" en las 10 regiones sanitarias. 1-4 Para antes de la finalización del proyecto, la cantidad de capacitados en salud reproductiva, crecimiento y desarrollo, en las 10 regiones sanitarias alcanzan al menos 500 personas. 	<ul style="list-style-type: none"> Documento del programa de adecuación de la capacitación Material didáctico Informe del proyecto Documentación sobre programa de implementación de la capacitación Informe del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> Los facilitadores nacionales y los facilitadores de las regiones sanitarias capacitados, cumplen su función en forma continua.
2 Se establece y se ejecuta el método de monitoreo y de evaluación de la educación permanente en el área materno infantil de los recursos humanos de enfermería y de obstetricia.	<ul style="list-style-type: none"> 2-1 Se elabora el "Plan de implementación del monitoreo y evaluación de la capacitación". 2-2 Al menos se realiza un monitoreo de capacitación en cada una de las regiones sanitarias antes de la finalización del proyecto. 	<ul style="list-style-type: none"> Documentaciones sobre el plan de implementación del monitoreo y evaluación de la capacitación. Informe del proyecto 	
3 Se asegura los recursos humanos, presupuestos, organización y el apoyo estatal con miras a la autogestión.	<ul style="list-style-type: none"> 3-1 Se asegura la perspectiva de los recursos para la educación permanente en enfermería y obstetricia a nivel nacional y a nivel de las regiones sanitarias. 3-2 Se forma y se asegura en forma permanente los facilitadores nacionales y los facilitadores de las regiones sanitarias. 3-3 Validar oficialmente todos los manuales de capacitación. 	<ul style="list-style-type: none"> Informe del proyecto Informe del proyecto Resolución ministerial. 	
4 Se establece las bases de la educación permanente en relación a las 3 áreas: enfermería básica, enfermería al adulto, enfermería comunitaria de entre los currículos para la educación permanente en enfermería y obstetricia.	<ul style="list-style-type: none"> 4-1 Los manuales de capacitación de las 3 áreas son reconocidas por el MSPyBS. 4-2 Se forman 10 facilitadores nacionales para cada una las 3 áreas. 4-3 El programas de implementación de la Capacitación para las 3 áreas para los facilitadores de las 16 regiones sanitarias son reconocidas por el MSPyBS y por las Regiones Sanitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> Informe del Proyecto Resolución ministerial. Informe del Proyecto Informe del Proyecto 	

4

Actividades	Inversión		
1-1 Elaborar el programa de capacitación relacionada con el área materno infantil, seleccionando a 8 facilitadores en cada una de las 10 regiones sanitarias.	Parte Japonesa	Parte Paraguay	• Los contrapartes no son trasladados
1-2 Realizar la capacitación basada en el programa de capacitación mencionada a los 8 facilitadores de cada una de las regiones sanitarias.	• Recursos humanos	• Recursos humanos	
1-3 Durante el programa de capacitación, elaborar el "Programa de Capacitación Adaptada" acorde a los participantes de los cursos y las condiciones de cada una de las regiones sanitarias.	<ul style="list-style-type: none"> [Experto a largo plazo] Coordinación general/educación permanente Coordinador administrativo/monitoreo [Experto a corto plazo] Enfermería básica (incluyendo la administración de enfermería) Enfermería para adulto Enfermería comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Contrapartes Facilitadores nacionales Facilitadores de las regiones sanitarias Otros (contador, secretarias, chóferes, guardias) 	
1-4 Elaborar una base de datos de todos los recursos humanos en enfermería y obstetricia en las 10 regiones sanitarias.	• Equipamientos	<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones Instalaciones para la capacitación (Central y regional) Oficina del Proyecto 	Pre-Requisitos
1-5 Elaborar el plan de capacitación en las 10 regiones sanitarias.	Equipos para la capacitación de facilitadores.	Equipamientos	
1-6 Realizar la capacitación para los recursos humanos de enfermería y de obstetricia siguiendo el programa de capacitación mencionada, en las 16 regiones sanitarias.	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación en terceros países El Salvador "Enfermería Básica" México "Enfermería comunitaria". 	<ul style="list-style-type: none"> Equipos de oficina y para la práctica que posee el INEPFO 	• El INEPFO se asegura como un sitio de capacitación para los recursos humanos en enfermería y de obstetricia.
2-1 Elaborar programas de monitoreo y de evaluación de las capacitaciones para las 10 regiones sanitarias.	• Costo para la realización de capacitación de facilitadores en el INEPFO	<ul style="list-style-type: none"> Gasto administrativo del proyecto 	• Se asegura los facilitadores nacionales en el área materno infantil
2-2 Realizar el monitoreo de las capacitaciones utilizando los instrumentos de monitoreo de la capacitación, en las 16 regiones sanitarias.		<ul style="list-style-type: none"> Electricidad, agua, teléfono, parte del combustible. 	
3-1 Crear el Comité de administración de la educación permanente en las 10 regiones sanitarias, y establecer actividades periódicas.		<ul style="list-style-type: none"> Gasto para la realización de las capacitaciones en las regiones sanitarias. 	
3-2 Las 16 direcciones de las regiones sanitarias realizan actividades para asegurar los presupuestos para la capacitación y el monitoreo, y el MSPyBS apoya dichas actividades.		<ul style="list-style-type: none"> Gasto para capacitación y monitoreo 	
3-3 El MSPyBS realiza actividades para asegurar la educación permanente de los recursos humanos en enfermería y de obstetricia.			
3-4 Fortalecer las actividades para la difusión de los resultados del Proyecto en las 16 regiones sanitarias.			
4-1 La comisión de elaboración de currículo de educación permanente para enfermería y obstetricia, elabora el programa de capacitación en las 3 áreas.			
4-2 Elaborar manual de la capacitación, materiales didácticos y herramientas de enseñanza de acuerdo a los programas de capacitación en las 3 áreas.			
4-3 Realizar la Capacitación de las 3 áreas para los facilitadores nacionales.			
4-4 Elaborar el "Plan de implementación de la capacitación", en las tres áreas para los facilitadores de las regiones sanitarias a nivel nacional.			

Obs. 1: Los facilitadores de las regiones sanitarias serán designados de entre los funcionarios de por el director de las regiones sanitarias.

Obs. 2: Los facilitadores nacionales son designados por el MSPyBS de entre los facilitadores de las regiones sanitarias.

Plan de Operaciones

Proyecto de Fortalecimiento de la Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia en la República del Paraguay

*El periodo inicial del proyecto es en el caso más rápido, y puede surgir modificaciones posteriores.

Actividades	2008			2009			2010			Responsable																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Parte Paraguaya	Parte Japonesa		
Largo plazo: Coordinación general/educación permanente																												
Largo plazo: Coordinador administrativo/monitoreo																												
Corto plazo: Enfermería básica (incluye la administración de enfermería)																												
Corto plazo: Enfermería al adulto																												
Corto plazo: Enfermería básica (El Salvador)																												
Corto plazo: Enfermería comunitaria (México)																												
Capacitación en terceros países (El Salvador)																												
Capacitación en terceros países (México)																												
Estudio de evaluación final																												
Resultado 1: Se establece y se ejecuta el proceso de educación permanente en el área materno infantil para los recursos humanos de enfermería y obstetricia.																												
1-1-1 Realizar la explicación sobre las actividades del proyecto, en las reuniones de directores regionales y jefes regionales de enfermería de las 10 regiones sanitarias de las zonas metas del proyecto.																											Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
1-1-2 Los directores regionales y jefe regional de enfermería de las 10 regiones sanitarias, seleccionan a los 8 candidatos a facilitadores de acuerdo al perfil propuesto por el INEPEO.																											Director regional y jefe regional enfermería de las 10 regiones sanitarias.	Coordinador General/Educación Permanente
1-1-3 Elaborar el plan de ejecución de la capacitación para la formación de facilitadores de las regiones sanitarias en relación a "Crecimiento y desarrollo" y "Salud Sexual y Reproductiva".																											Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
1-2-1 Preparar los materiales didácticos y herramientas educativas en la reunión de facilitadores nacionales de "Crecimiento y Desarrollo".																											Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
1-2-2 Preparar los materiales didácticos y herramientas educativas en la reunión de facilitadores nacionales de "Salud Sexual y Reproductiva".																											Especialista de educación permanente del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
1-2-3 Se implementa la capacitación de los facilitadores de las regiones sanitarias en el INEPEO, basado en el programa de capacitación.																											Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
1-3-1 Elaborar los "Programas Adaptados" acordes a la situación de cada una de las 10 regiones sanitarias, y los participantes de las 10 regiones sanitarias, durante el periodo de capacitación (incluyendo la elaboración de borradores de instrucción).																											Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
1-3-2 Elaborar material didáctico basado en el "Programa de capacitación adaptado" elaborado dentro del periodo de capacitación.																											Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente

4



Actividades	2008			2009			2010			Responsable																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Parte Paraguaya	Parte Japonesa
Resultado 3: Se asegura los recursos humanos, presupuestos, organización y el apoyo estatal con miras a la autogestión.																										
3-1-1 Crear una comité de administración de la educación permanente en enfermería y obstetricia compuesta por los facilitadores de las regiones sanitarias incluyendo a los jefes regionales de enfermería de las 10 regiones sanitarias.																									Jefes regionales de enfermería de las 10 regiones sanitarias.	Coordinador General/Educación Permanente
3-1-2 Realizar en forma periódica las actividades de dicho consejo mencionado.																									Comité de educación permanente de las 10 regiones sanitarias	Coordinador General/Educación Permanente
3-2-1 Los comités de educación permanente en enfermería y obstetricia de las 16 regiones sanitarias, elaborarán la estrategia para asegurar los costos de capacitación entre otros bajo la cooperación del INEPEO, Dirección de Enfermería, Dirección de Obstetricia.																									Comité de educación permanente de las 16 regiones sanitarias	Coordinador General/Educación Permanente
3-2-2 Los comité mencionado, con la cooperación del INEPEO, Dirección de Enfermería, Dirección de Obstetricia, realizarán la explicación a las gobernaciones, municipios y empresas, basado en la estrategia para asegurar los costos, y solicitará la colaboración para los costos de capacitación y monitoreo de capacitación.																									Comité de educación permanente de las 16 regiones sanitarias	Coordinador General/Educación Permanente
3-2-3 El INEPEO, Dirección de Enfermería, Dirección de Obstetricia, apoyarán las actividades de los comités de las 16 regiones sanitarias.																									Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
3-3-1 El INEPEO analizará las diversas posibilidades para asegurar el presupuesto necesario para la capacitación, entre otros, y realizará las actividades pertinentes a la misma.																									Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
3-3-2 El INEPEO solicitará el presupuesto para todas las actividades relacionadas con la educación permanente en enfermería y obstetricia.																									Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
3-4-1 El INEPEO elaborará el informe general de todas las 16 regiones sanitarias, recopilando cada 3 meses el "Informe de resultado de la capacitación y monitoreo de la capacitación" presentado por las 16 regiones sanitarias.																									Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
3-4-2 Los comités de administración de la educación permanente de las 16 regiones sanitarias, explicarán y presentarán el informe mencionado a las personas vinculadas al proyecto de las regiones sanitarias correspondiente con la cooperación del INEPEO.																									Comité de educación permanente de las 16 regiones sanitarias	Coordinador General/Educación Permanente
3-4-3 El INEPEO, explicará y presentará el informe elaborado a las empresas y entidades vinculadas al proyecto de las cuales recibió el apoyo económico para las actividades.																									Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente

Actividades	2008			2009			2010			Responsable																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Parte Paraguaya	Parte Japonesa
3-4-4 Celebrar en forma periódica la reunión de "Dirección de Enfermería y Dirección de Obstetricia del MSPyBS, Asociación de Enfermería, Asociación de Obstetricia y Consejo de Representantes de la Educación de Enfermería y Obstetricia", y se realizará la deliberación sobre el mejoramiento del servicio de enfermería y de obstetricia, y actividades difusivas del Proyecto.																									Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
3-4-5 El INEPEO y los comités de administración de la educación permanente de las 16 regiones sanitarias, realizarán el llamado a la consulta por parte de la población a través de la emisión televisiva y radial en forma periódica.																									Director del INEPEO, Jefes regionales de enfermería de las 16 regiones sanitarias.	Coordinador General/Educación Permanente
Resultado 4: Se establece las bases de la educación permanente en relación a las 3 áreas: enfermería básica, enfermería al adulto, enfermería comunitaria de entre los currículos para la educación permanente en enfermería y obstetricia.																										
4-1-1 Reconsiderar el contenido de currículo de "Enfermería Básica", "Enfermería al Adulto", "Enfermería Comunitaria" dentro de la comisión de currículo de la educación permanente en enfermería y de obstetricia existente.																									Comité de elaboración del currículo	Coordinador General/Educación Permanente
4-1-2 Elaborar el programa de capacitación para "Enfermería básica", "Enfermería al adulto", "Enfermería comunitaria" en la comisión de currículo para educación permanente en enfermería y de obstetricia.																									Comité de elaboración del currículo	Coordinador General/Educación Permanente
4-2-1 Seleccionar a personal de enfermería especializadas e instructores de enfermería de las áreas de "Enfermería Básica", "Enfermería al adulto", "Enfermería comunitaria" como miembros de la comisión de elaboración de manual de capacitación.																									Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
4-2-2 Establecer comités de elaboración de manual de capacitación compuesta por personal de enfermería e instructores de enfermería para cada una de las 3 áreas mencionadas.																									Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
4-2-3 Elaborar el manual de capacitación en las comisiones mencionadas bajo la orientación de experto a corto plazo en enfermería básica, enfermería al adulto, enfermería comunitaria.																									Comité de elaboración del manual	Coordinador General/Educación Permanente
4-2-4 Elaborar material didáctico, herramientas de enseñanza basado en el manual de capacitación elaborada en la comisión mencionado.																									Comité de elaboración del manual	Coordinador General/Educación Permanente
4-3-1 Seleccionar 10 facilitadores nacionales de la capacitación, por cada área.																									Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente
4-3-2 Realizar la capacitación a los facilitadores nacionales de la capacitación, en cada área.																									Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente

Actividades	2008												2009												2010												Responsable	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Parte Paraguaya	Parte Japonesa
4-4-1 El INEPEO elaborará el programa de implementación de la capacitación por cada área para los facilitadores de las regiones sanitarias.																																				Director del INEPEO	Coordinador General/Educación Permanente	

5

パラグアイ看護人材育成強化プロジェクトに関する
協議議事録

独立行政法人国際協力機構（以下「JICA」とする）は山下良恵を団長とする事前調査団（以下「調査団」とする）をパラグアイに派遣し、7月19日から30日までの間、看護人材育成強化プロジェクト（以下「プロジェクト」とする）の協力内容に関する協議を行った。

パラグアイ滞在期間中、調査団は関係施設を視察し、パラグアイ関係機関とプロジェクトの内容について一連の協議を行った。

協議の結果、調査団とパラグアイ厚生省は附属文書に関する諸事項について合意した。

アスンシオン、2007年7月30日

山下 良恵
事前調査団長
独立行政法人国際協力機構
日本

オスカル・マルティネス・ドルダン
厚生大臣
パラグアイ共和国

附属文書

1 背景

JICA は技術協力プロジェクト「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」(2001年2月～2006年2月)を実施し、その結果パラグアイ南部4県(カアサパ県、イタプア県、ミシオネス県、ニュンブク県)において看護・助産人材の継続教育研修がモデルとして確立された。さらに、全国レベルでの看護・助産継続教育のシステムづくりに向けた取組み(看護師国家試験導入に向けた協力、カリキュラム作成等)が実施された。

同プロジェクト終了後、2006年にはパラグアイ側の自助努力により研修対象県を2県(カアグアス県、パラグアリ県)追加し、同プロジェクトで得られた成果を普及させている。パラグアイ共和国政府はこの成果をさらに全国に普及するため、プロジェクトを日本政府に対し要請した。

この要請を踏まえ、今回の事前調査団は、技術協力プロジェクトの協力内容のフレームワークとプロジェクト実施の条件の確認を行うことを目的として派遣された。

2 プロジェクトの方向性

- 1) 母子保健改善のために、全国の看護・助産人材の能力向上を行う。
- 2) 継続研修の拡充と研修効果発現のために、パラグアイ側関係者はそれぞれ最大限の自助努力を行い、日本側関係者はその自助努力を後押しする。
- 3) 2006年までの経験から学んだことをプロジェクトの中で最大限活かす。

3 プロジェクトの暫定的なフレームワーク

協議に基づき、プロジェクトの暫定的なフレームワークが次のとおり作成された。

暫定版 PDM と暫定版 PO はそれぞれ別添 1、別添 2 のとおりである。今後の協議により、最終版となるまでに変更がありうる。

(1) プロジェクトの名称

両国政府間で正式に合意された英文名称は “Strengthening of Technique and Scientific Capabilities of Human Resources in Nursing” である。このプロジェクト名称は 1) 継続教育だけでなく基礎教育まで含む誤解を与える恐れがあること、2) 「助産人材」が抜けていること、の 2 点から、プロジェクトの内容を適切に表現するためにはプロジェクト名称を “Project

for Strengthening Continuing Education in Nursing and Midwifery” とすることが妥当であるという点で意見が一致した（参考：西語では、“Proyecto de Fortalecimiento de la Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia”）。今後、JICA 及びパラグアイ共和国厚生省は、それぞれの政府に対して上記プロジェクト名称とすることを提案し、それが承認されればしかるべき手続きを行うよう依頼する。

(2) 対象地域

パラグアイ共和国全国（重点地域：10 衛生行政区：コンセプション、サンペドロ、コルディイェーラ、グアイラ、アルトパラナ、セントラル、アマンバイ、カニンデジュ、プレシデンテ・アジェス、首都）

(3) ターゲット・グループ

パラグアイ共和国全国の看護・助産人材

(4) 受益者

パラグアイ国民

(5) プロジェクトの期間

2008 年から 3 年間

(6) プロジェクトの基本計画

1) 上位目標

全国レベルでの看護・助産人材による保健医療サービスが改善する。

2) プロジェクト目標

全国規模で看護・助産人材の継続研修を自立的に実施する基盤が強化される。

3) 成果

成果 1：小児・母性領域に関し、看護・助産人材に対する継続教育研修プロセスが確立・実施される。

成果 2：小児・母性領域に関し、看護・助産人材に対する継続教育研修のモニタリング・評価方法が確立・実施される。

成果 3：自立発展に向け人材・予算・組織づくり・行政支援が確保される。

成果 4：看護・助産継続教育カリキュラムのうち基礎看護学、成人看護学、地域看護学の 3 領域に関する研修の基礎ができる。

4 プロジェクトの実施体制

厚生省がプロジェクトの責任機関となる。同省は、全国の衛生行政局や国立看護・助産継続教育センター（以下「INEPEO」とする）審議会等とともに、プロジェクトの実施推進にあたる。JICA から派遣される日本人専門家と密接に業務を遂行する主要カウンターパートは次のとおりである。

- 1) プロジェクト・ダイレクター（プロジェクトの管理・実施の全体的な責任を負う）：厚生副大臣
- 2) プロジェクト・マネージャー（プロジェクトの運営・技術的な事項の責任を負う）：INEPEO 所長
- 3) INEPEO 継続教育専門官、INEPEO ラテンアメリカ継続教育ネットワーク専門官、INEPEO 研修管理担当官

5 プロジェクトの合同調整委員会

合同調整委員会を組織し、年に一度以上必要に応じて会議を開催し、プロジェクトの活動計画及び進捗の確認を行う。委員会は、次のメンバーで構成される。

- 1) 議長：
厚生副大臣
- 2) パラグアイ側メンバー：
厚生省
企画・評価総局長
プログラム総局長
サービス総局長
INEPEO 所長
INEPEO 審議会
厚生省サービス総局助産課長
厚生省サービス総局看護課長
国立救急病院看護師長
ニニョス=デ=アコスタ=ニュー小児病院看護師長
パラグアイ看護師協会長
パラグアイ助産師協会長
パラグアイ助産師連盟会長
パラグアイ国立技術看護師・准看護師協会長
国立アスンシオン大学看護学校長
国立アスンシオン大学助産学校長
アスンシオンカトリック大学代表

パラグアイ医療教育機関連盟会長

- 3) 日本側メンバー：
JICA パラグアイ事務所長
プロジェクトに派遣される日本人専門家
- 4) オブザーバー
パラグアイ日本大使館の代表者
議長が招く他の人員

6 双方の取るべき措置

(1) 日本側の取るべき措置

日本の法律及び規程並びに 1979 年 2 月 8 日にアスンシオンで日本政府とパラグアイ政府の間で署名された技術協力協定（以下「協定」とする）の第 2 条に基づき、JICA は日本政府による技術協力の実施機関として、技術協力スキームの通常の手続きに従って自らの負担により次の措置を取る。

1) 専門家の派遣

JICA は日本人専門家の役務を提供する。上記の専門家には、協定の第 2 条が適用される。

2) 資機材の供与

JICA は、プロジェクト実施に必要な資材、機材及びその他の物品資機材を供与する。協定の第 9 条が適用される。

(2) パラグアイ共和国政府の取るべき措置

- 1) パラグアイ共和国政府は、すべての関係機関、裨益団体・機関の全面的かつ積極的な参画により、日本の技術協力期間中及びその後も、自立的なプロジェクトの運営の持続を確保するために必要な措置をとる。
- 2) パラグアイ共和国政府は、日本の技術協力の結果としてパラグアイ国民が得た技術や知識がパラグアイ共和国の経済社会発展に寄与することを確保する。
- 3) 協定の第 5 条に基づき、パラグアイ共和国政府は、上記 6-(1)-1)にいう日本人専門家及びその家族にパラグアイ共和国における特権、免除及び便益を与える。
- 4) 協定の第 9 条に基づき、パラグアイ共和国政府は、上記 6-(1)-2)の JICA から供与される機材及び上記 6-(1)-1)にいう日本人専門家が持ち込む機材、資材及び物品を受け入れて使用するために必要な措置をとる。
- 5) 協定の第 5 条に基づき、パラグアイ共和国政府は上記 4)のパラグアイ側カウンターパート人員及び事務要員の役務を提供する。

- 6) 協定の第 5 条に基づき、パラグアイ共和国政府は以下の建物及び施設を提供する。
- ープロジェクト実施のための十分なスペース
 - ー日本人専門家のための事務室及びその他必要な施設
 - ープロジェクト活動に必要な電気、水道、電話、家具などの施設
 - ープロジェクトに必要な他の施設
- 7) パラグアイ共和国の法律及び規程に基づき、パラグアイ共和国政府は上記 6-(1)-2) のもとで JICA から供与される機材以外でプロジェクト実施に必要な資材、機材、機器、車両、道具、スペアパーツ、及びその他必要な物品を自らの負担により提供または交換するために必要な措置を取る。
- 8) パラグアイ共和国の法律及び規程に基づき、パラグアイ共和国政府は、プロジェクト実施に必要な運営費用を負担するために必要な措置を取る。

7 協議のポイントとなった重要な点

- (1) INEPEO におけるファシリテーター研修の費用は JICA が負担し、衛生行政区での研修実施経費及びすべての研修モニタリング実施経費は、自立発展性の観点からパラグアイ側負担とし、パラグアイ側は最大限努力する。
- (2) 継続研修の内容を厚生省の基準に沿って徐々に広げるよう努力すべきであるとの意見が表明され、多くの関係者が同意した。ただし、研修期間は最大 3 日が限度であるとの意見が多く表明された。また、研修内容を広げる際に統合的小児疾病管理 (IMCI) を含めるべきとの意見もあった。これに対し、予算的・法的側面等から慎重に考えるべきとの意見もあった。
- (3) 研修対象を看護・助産人材以外の医療従事者にも広げるべきとの意見があった。これに対し、乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率を低減するためにはまずはこれまでに成果をあげている看護・助産人材の研修の拡大を行うべきとの意見があった。
- (4) プロジェクトの効果を高めるため、厚生省内部の更なる連携強化が重要であるとの意見が表明された。
- (5) プロジェクトの実施に伴い、INEPEO の活動範囲が大きく拡大するため、INEPEO スタッフ (看護・助産人材) の増員が強く望まれるとの意見が表明された。

8 今後の段取り

- (1) 調査団の評価分析団員は、さらに情報を収集し、状況分析を行う目的で 8 月 7 日まで滞在する。
- (2) 双方の取るべき措置及び PDM・PO を確定させるため、実施に向けた更なる協議が、パラグアイ共和国関係者と JICA との間で後日行われる予定である。プロジェクト開始前に、討議議事録及び協議議事録が書面で準備され両者により署名される予定である。

別添 1 暫定版 PDM

別添 2 暫定版 PO

暫定版PDM

プロジェクト名：パラグアイ共和国看護人材育成強化プロジェクト

期間：2008年～2011年

対象地域：パラグアイ共和国 全国（重点地域：10衛生行政区：コンセプション、サンペドロ、コルディエーラ、グアイラ、アルトバラナ、セントラル、アマンバイ、カニンデジュ、プレシデンテアジェス、首都）

ターゲットグループ：全国の看護・助産人材

Ver. 0

プロジェクト要約	指標	入手手段	外部条件
<p>上位目標</p> <p>全国レベルでの看護・助産人材による保健医療サービスが改善する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2015年までに、有資格者による介助を受けた分娩（施設分娩）の割合が2006年と比べて上昇する。 ・ 2015年までに、5歳未満児死亡率および妊産婦死亡率が2006年と比べて20%減少する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生省統計局の統計資料 ・ 厚生省統計局の統計資料 	
<p>プロジェクト目標</p> <p>全国規模で看護・助産人材の継続研修を自立的に実施する基盤が強化される。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 10衛生行政区ファシリテーターが研修受講者による5段階評価で3.5以上の評価を得る。 ・ 10衛生行政区における「研修実施計画」が、厚生省から看護・助産継続教育として承認される。 ・ 基礎看護学、成人看護学、地域看護学の「研修プログラム」が、厚生省からモデルとして承認される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ アンケート調査 ・ プロジェクト報告書 ・ 継続教育運営委員会報告書 ・ プロジェクト報告書 ・ 厚生省令 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生省の医療施設における看護・助産人材の数が現状より減少しない。 ・ 医療施設の数が現状より減少しない。 ・ 看護・助産人材の業務に最低限必要な資機材が少なくとも現状を保つ。
<p>アウトプット</p> <p>1 小児・母性領域に関し、看護・助産人材に対する継続教育研修プロセスが確立・実施される。</p> <p>2 小児・母性領域に関し、看護・助産人材に対する継続教育研修のモニタリング・評価方法が確立・実施される。</p> <p>3 自立発展に向け人材・予算・組織づくり・行政支援が確保される。</p> <p>4 看護・助産継続教育カリキュラムのうち基礎看護学、成人看護学、地域看護学の3領域に関する研修の基礎ができる。</p>	<p>1-1 10衛生行政区において、それぞれ小児・母性領域最低8名の衛生行政区ファシリテーターが研修指導者として養成される。</p> <p>1-2 10衛生行政区における「適応研修プログラム」が作成され、各衛生行政局で承認されている。</p> <p>1-3 10衛生行政区において、「研修実施計画」が作成される。</p> <p>1-4 プロジェクト終了時までに、10衛生行政区において乳幼児健診、リプロダクティブヘルス研修受講者がそれぞれ最低500名に達している。</p> <p>2-1 「研修モニタリング・評価実施計画」が作成される。</p> <p>2-2 プロジェクト終了時までに10衛生行政区でそれぞれ最低1回の研修モニタリングが実施されている。</p> <p>3-1 国レベル、衛生行政区レベルで看護・助産継続教育の資金の用途が確保されている。</p> <p>3-2 ナショナルファシリテーターおよび衛生行政区ファシリテーターが継続的に養成・確保されている。</p> <p>3-3 すべての研修テキストが厚生省から正式に承認される。</p> <p>4-1 3領域の研修マニュアルが厚生省の承認を受ける。</p> <p>4-2 3領域のナショナルファシリテーターが各領域10名養成されている。</p> <p>4-3 16衛生行政区ファシリテーターに対する3領域に関する研修実施計画が厚生省および各衛生行政局の承認を受ける。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適応研修プログラム文書 ・ 研修教材 ・ プロジェクト報告書 ・ 研修実施計画文書 ・ プロジェクト報告書 ・ 研修モニタリング・評価実施計画文書 ・ プロジェクト報告書 ・ プロジェクト報告書 ・ 厚生省令 ・ プロジェクト報告書 ・ 厚生省令 ・ プロジェクト報告書 ・ プロジェクト報告書 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 育成されたナショナルファシリテーターおよび衛生行政区ファシリテーターが継続的に機能する。

活動	投入	
<p>1-1 10衛生行政区において、各8名のファシリテーターを選出し、小児・母性領域に関する研修計画を作成する。</p> <p>1-2 各衛生行政区8名のファシリテーターに対し、上記研修計画に沿った研修を実施する。</p> <p>1-3 上記研修中、各衛生行政区の状況および研修受講者に適した「適応研修プログラム」を作成する。</p> <p>1-4 10衛生行政区において、全看護・助産人材のデータベースを作成する。</p> <p>1-5 10衛生行政区における研修計画を作成する。</p> <p>1-6 16衛生行政区において、上記研修計画に沿った看護・助産人材に対する研修を実施する。</p> <p>2-1 10衛生行政区における研修モニタリング・評価の実施計画を策定する。</p> <p>2-2 16衛生行政区において研修モニタリング基準を用いた研修モニタリングを実施する。</p> <p>3-1 10衛生行政区において、継続教育運営委員会を発足させ、活動を定例化する。</p> <p>3-2 16衛生行政区は研修・モニタリング経費確保のための活動を行ない、厚生省はこれを支援する。</p> <p>3-3 厚生省は看護・助産人材の継続教育予算確保のための活動を行なう。</p> <p>3-4 16衛生行政区におけるプロジェクト成果に関する普及活動を強化する。</p> <p>4-1 看護・助産継続教育カリキュラム作成委員会において、3領域の研修プログラムを作成する。</p> <p>4-2 3領域研修プログラムに沿った研修マニュアルおよび研修教材・教具を作成する。</p> <p>4-3 ナショナルファシリテーターに対する3領域の研修を実施する。</p> <p>4-4 全国の衛生行政区ファシリテーターに対する「研修実施計画」を作成する。</p>	<p style="text-align: center;">投入</p> <p><日本側></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材 <ul style="list-style-type: none"> 【長期専門家】 総括／継続教育 業務調整／モニタリング 【短期専門家】 基礎看護（看護管理含む） 成人看護 地域看護 ・機材 <ul style="list-style-type: none"> ファシリテーター用研修機材 ・第三国研修 <ul style="list-style-type: none"> エルサルバドル「基礎看護」 メキシコ「地域看護」 ・国立看護・助産継続教育センターでのファシリテーター研修実施経費 <p><バラグアイ側></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材 <ul style="list-style-type: none"> カウンターパート ナショナルファシリテーター 衛生行政区ファシリテーター その他（財務官・秘書・運転手・警備員） ・施設 <ul style="list-style-type: none"> 研修施設（中央、地方） プロジェクトオフィス ・機材 <ul style="list-style-type: none"> 国立看護・助産継続教育センター所有の事務機器・実習用機材 ・プロジェクト運営費 <ul style="list-style-type: none"> 光熱水費、電話代、ガソリン代の一部 ・衛生行政区での研修実施経費 ・研修モニタリング経費 	<ul style="list-style-type: none"> ・カウンターパートが異動しない。 <hr/> <p>前提条件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護・助産人材の研修場として国立看護・助産継続教育センターが確保されている。 ・小児・母性領域のナショナルファシリテーターが確保されている。

注1) 衛生行政区ファシリテーターは衛生行政区職員の中から当該衛生行政区が指名する。

注2) ナショナルファシリテーターは衛生行政区ファシリテーターの中から厚生省が指名する。

