

**大洋州地域**  
**(フィジー、トンガ、バヌアツ)**  
**地方医療人材育成協力**  
**プログラム形成調査報告書**

**平成21年8月**  
**(2009年)**

**独立行政法人国際協力機構**  
**東南アジア第一・大洋州部**

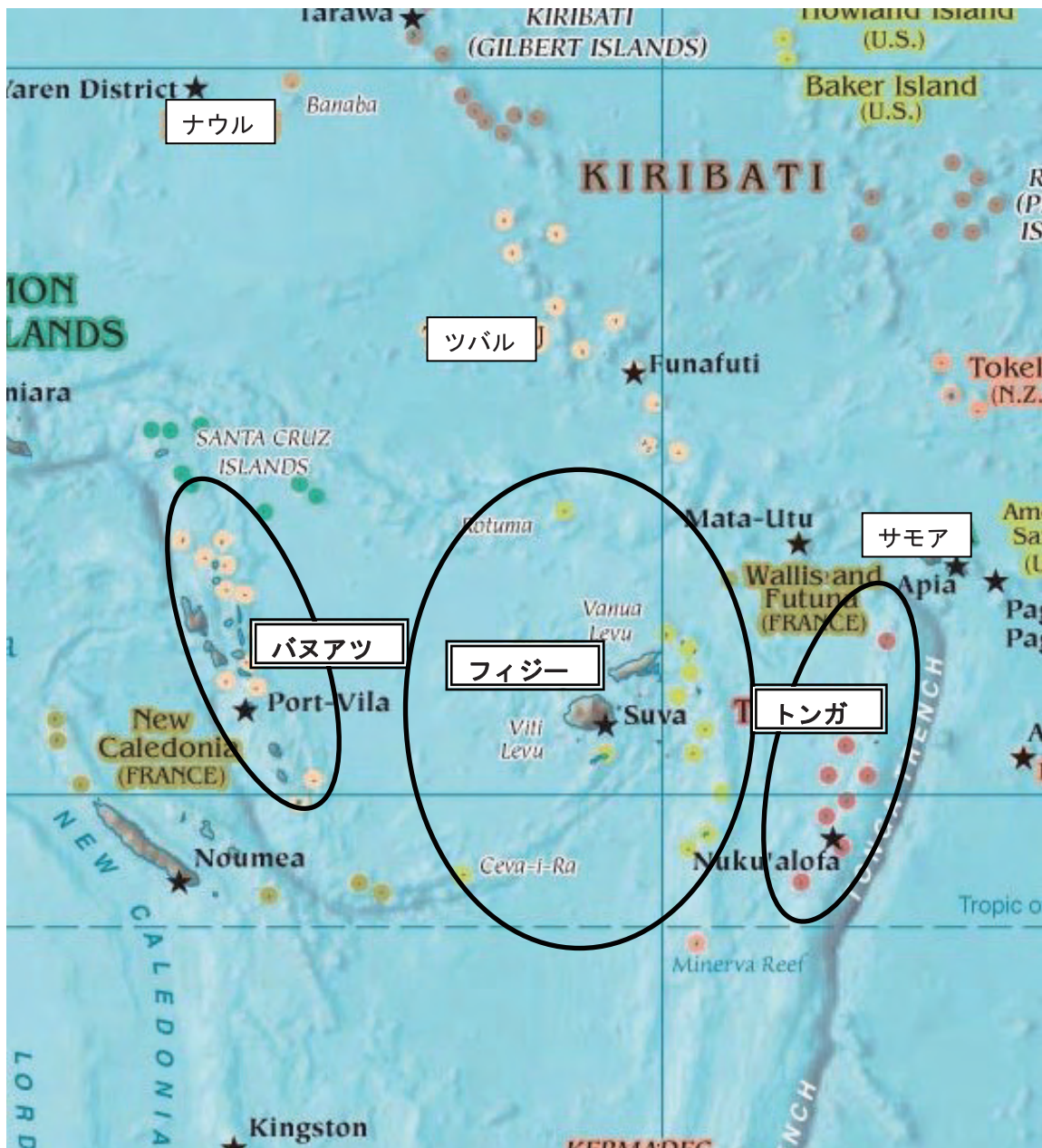


# 目 次

目 次  
地 図  
写 真  
略語表

第1章 調査概要 .....	1
1-1 調査の背景・経緯 .....	1
1-2 調査の目的 .....	1
1-3 調査方法 .....	1
1-4 調査団構成と調査期間 .....	2
1-5 主要面談者 .....	2
1-6 調査行程 .....	2
1-7 団長所感 .....	2
第2章 フィジー国、トンガ国、バヌアツ国における調査結果の概要 .....	4
2-1 大洋州島嶼国における医療人材育成分野を取り巻く環境と課題 .....	4
2-2 フィジー調査概要 .....	8
2-2-1 医療人的資源開発政策と計画 .....	8
2-2-2 保健行政区分 .....	9
2-2-3 中央保健行政組織 .....	9
2-2-4 地方保健行政組織 .....	9
2-2-5 医療人材（看護分野以外）開発分野の概況 .....	9
2-2-6 看護師人材開発の現状 .....	11
2-2-7 地域保健活動 .....	15
2-2-8 フィジー国医療人的資源開発に係る課題のまとめ .....	16
2-3 トンガ国調査結果 .....	16
2-3-1 医療人的資源開発政策と計画 .....	16
2-3-2 保健行政区と医療保健施設 .....	17
2-3-3 保健行政組織 .....	17
2-3-4 医療人的資源開発分野の状況 .....	18
2-3-5 地域保健活動概要 .....	20
2-3-6 トンガ国医療人的資源開発における課題のまとめ .....	22
2-4 バヌアツ国調査結果 .....	23
2-4-1 人的資源開発政策と計画 .....	23
2-4-2 保健行政 .....	23
2-4-3 医療人的資源開発分野の状況 .....	24
2-4-4 看護師人材開発の現状 .....	27
2-4-5 地域保健活動の概要 .....	31

2-4-6	バヌアツ国医療人的資源開発に係る課題のまとめ	32
2-5	大洋州における海外援助機関の人的育成に関する動向	32
2-5-1	世界保健機関（WHO）/西太平洋WHO事務局（WPRO）	32
2-5-2	オーストラリア国際開発庁（AusAID）	33
2-5-3	ニュージーランド国際開発庁（NZAID）	34
2-5-4	フランス国際開発局（AFD）	35
2-5-5	国連児童基金（UNICEF）	35
2-5-6	大洋州共同体事務局（The Secretariat of the Pacific Community: SPC）	35
2-5-7	太平洋諸島フォーラム（Pacific Islands Forum Secretariat: PIF）	35
第3章	わが国の協力の方向性と妥当性	36
3-1	課題を踏まえた協力の必要性	36
3-2	わが国の保健人材育成協力の方向性と本プログラムの整合性	37
3-3	協力プログラム案（投入規模、期間）	37
3-3-1	プログラム名	37
3-3-2	プログラム概要	37
3-3-3	プログラム期間	37
3-3-4	プログラム目標（案）	38
3-3-5	プログラム成果（案）とインプット（案）	38
3-4	協力にあたっての留意点	42
3-5	技術協力プロジェクト案概要	42
3-5-1	プロジェクトの背景	42
3-5-2	プロジェクトの目的	43
3-5-3	プロジェクトでの現任教育のとらえ方	43
3-5-4	対象3国についての協力妥当性	43
3-5-5	プロジェクト概要	43
付属資料		
1.	調査行程表	53
2.	面談者リスト	54
3.	現地調査報告書	57
4.	プログラム計画書（案）	63
5.	プログラム工程表（案）	70
6.	プロジェクト計画書（案）	71
7.	平野団員所感	80
8.	収集資料リスト	82





フィジー



ナブアヘルスセンター



ナブアヘルスセンター



ナブアヘルスセンターでの聞き取り調査



ガロアナースステーション



ガロアナースステーション



WHOスバとの意見交換





バヌアツ



エファテ郡内ヘルスセンター  
(パウナギス地区)



エファテ郡内ヘルスセンター  
(パウナギス地区)



エファテ郡内ヘルスセンター  
(メレ地区)

トンガ



バイオラ病院外来



バイオラ病院ICU



## 略 語 表

AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
CHN	Community Health Nurse	地域保健看護師
CS	Competency Standard	職能力基準
FAD	French Agency for Development	フランス国際開発庁
FSM	Fiji School of Medicine	フィジー医学校
HC	Health Centre	ヘルスセンター
HO	Health Officer	トンガ国において、教育機関3年間で養成される准医師、ヘルスセンターに配置される。
HRDTU	Human Resource Development and Training Unit	バヌアツ国保健省内の保健人材開発&研修ユニット
HRH	Human Resource for Health	保健医療人的資源
IST	In-Service Training	現任研修
J-PIPS	Japan-Pacific Immunization Programme Strengthening	日本一大洋州地域予防接種事業強化プロジェクト
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
MDG	Millennium Development Goal	ミレニアム開発目標：各国における2015年までの開発目標
MOH	Ministry of Health	保健省
NA	Nurse Aid	準看護師
NCD	Non-Communicable Diseases	非感染症
NS	Nursing Station	バヌアツ国の地域医療施設で、ナースプラクティショナー1名が配置されている。
NZAID	New Zealand Agency for International Development	ニュージーランド国際開発庁
PacELF	Pacific programme to Eliminate Lymphatic Filariasis	大洋州リンパ系フィラリア撲滅計画特別機材供与プロジェクト
PHIS	Public Health Information System	フィジー国に導入された新しい医療情報システム
PHN	Public Health Nurse	公衆衛生看護師
PHRHA	Pacific Human Resource for Health Alliance	16カ国が参加している大洋州人材育成のための共同体
PIF	Pacific Islands Forum Secretariat	太平洋諸島フォーラム
POLHN	Pacific Open Learning Health Net	WHOが実施しているオン・ライン教育システム
QSNS	Queen Salote Nursing School	トンガ国の看護学校
RHC	Reproductive Health Clinic	トンガ国の地域医療施設の1つ。看護師1名が配置されて、入院施設はない。
RN	Register Nurse	正看護師

SPC	The Secretariat of the Pacific Community	大洋州共同体事務局
SV	Senior Volunteer	シニアボランティア
VCH	Villa Central Hospital	バヌアツ国のビラ中央病院
VHW	Village Health Worker	コミュニティーの中から選ばれ、PHCの基礎知識について研修を受けた者が、コミュニティーが設立した施設、又は施設なしで活動する。HCのスーパービジョンを受け、場所によってはHC診療の補助を行ったり地域巡回診療支援を行う。
WHO	World Health Organization	世界保健機関

# 第1章 調査概要

## 1-1 調査の背景・経緯

大洋州地域の極小性、隔絶性などの地理的特性は住民にとって様々な障壁となっているが、なかでも教育や人材育成の面での影響は顕著であり、その結果同地域においては分野を問わず人材の不足が深刻な問題となっている。保健医療の現場でも同様の問題は発生しており、例えば医師の不足により看護師が職責以上の機能を求められ、特に地方保健サービスにおいてこの傾向は顕著である。看護師によって実施可能な医療行為は限定的であるため、地域住民の期待に十分応えた医療サービスが提供できない現状が散見され、これは大洋州の多くの国に共通した問題となっている。こうした医療人材の量的不足は、保健サービスの質的低下の原因のひとつもなっている。加えて、ほとんどの国では看護継続教育体制が十分に機能しておらず、基礎教育を終了したあと、現場で地域保健現場の問題に対応するための実践的技術や知識を得る機会がなく、看護師として求められる能力を習得していないケースも多く、これは直接的な保健サービスの質に影響を及ぼすことになる。さらに、大洋州では計画的な保健人材育成計画が実施されておらず、近年の看護人材の海外流出や指導者層の定年に伴う後継者不足が顕在化している。

このようななか、世界保健機関西太平洋地域事務局（WHO/WPRO）は近年、保健人材育成についての活動を活発化させてきており、JICAも2010年以降の次期協力枠組みとして「地方医療人材育成」を据えることとしている。これは、医療サービスの改善には看護師能力の向上がより効果的・効率的なアプローチであるというこれまでの協力からの提言を受け、看護師の育成・強化、特に地方医療に携わる看護師に焦点を当てるものであり、5～10年程度の中期的枠組みを想定している。

## 1-2 調査の目的

本調査は、フィジー諸島共和国、バヌアツ共和国、トンガ王国（以下、「フィジー、バヌアツ、トンガ」と記す）の3カ国を訪問し、各保健省とその他関係機関との協議を通じ、医療人材育成に関するニーズ及び実施体制の確認、継続看護教育実施体制やプログラムの確認、そしてそれらの情報を基にしたプログラム計画書（案）とプロジェクト計画書（案）の作成を行うことを目的とした。

## 1-3 調査方法

今回実施した調査の一連の流れは以下のとおり。調査結果は第2章以降にまとめる。

### (1) 基礎情報の収集

3カ国（フィジー、トンガ、バヌアツ）における保健行政機関を訪問し、各国の看護人材育成分野の現状と取り組み、他ドナーの保健人材育成分野支援に関する情報を収集した。

### (2) 各国保健施設の視察

各国の地域保健施設を視察し、現地に勤務する看護師から、人材育成に係る聞き取り調査を行い、具体的なニーズの洗い出しを行った。

### (3) 協力の方向性の検討

以上の調査結果から、大洋州地域の看護人材育成に係る機関の役割、能力、実施体制と状況の調査・分析を実施し、問題点や課題の抽出と整理を行った。

### (4) 新規案件に係る検討

以上の結果を基に、各国JICA事務所・支所とも相談のうえ、想定される協力枠組みを、協力プログラム計画書（案）とプロジェクト計画書（案）として取りまとめた。

## 1-4 調査団構成と調査期間

担当	氏名	所属	調査期間
団長・総括	三国 成晃	JICAフィジー事務所次長	12月8日～12月13日
保健人材育成	平野 かよ子	東北大学大学院 医学系研究科教授	12月1日～12月11日
協力計画	伊藤 将宏	東南アジア第一・大洋州部大洋州課	12月1日～12月13日
看護教育	川村 正子	JICAフィジー事務所企画調査員（医療保健）	11月17日～12月13日
計画策定	興津 暁子	TACインターナショナル	11月17日～12月13日

## 1-5 主要面談者

付属資料2. 参照

## 1-6 調査行程

2008年11月17日～12月13日（付属資料1. 参照）

①フィジー調査：11月17日～11月18日、11月22日～12月1日、12月5日～12月12日

②トンガ調査：11月19日～11月22日

③バヌアツ調査：12月2日～12月5日

## 1-7 団長所感

### (1) 大洋州における医療人材育成の必要性

今回の調査では3国について、保健省から病院、ヘルスポストを視察し現状把握を行い、大洋州における医療サービスの多様性を実感した。保健サービスの向上には医療従事者の能力向上と数的な増加が不可欠であり、わが国としてそれに資する協力を行う意義は大きいことが確認できた。また調査当初は地方医療従事者に絞った協力を想定していたが、①病院と地方医療施設間の看護師の異動がある、②地方医療施設看護師同様、病院看護師も基礎的な問題を抱えており、各国の医療サービスの向上には病院看護の改善も不可欠、等の理由により、基本的にはすべての看護師を対象とすることが妥当である。また、課題・疾病ごとのパッケージ協力（ワークショップや短期トレーニングの開催）は他ドナーにより行われていることから、わが国が人材育成システムの整備支援をすることで、知識・情報の共有化を促進し、援助の相乗効果も期待できる。

(2) 中長期的な人材育成システム構築の必要性

援助はその時々で流行で行われる場合は少なくないが、大洋州の保健分野についても、80年代、90年代の人材育成に焦点を当てた援助が集中的に行われ、多くの看護指導者レベル人材が輩出されている。しかし、そこでは人材育成システムの構築は実施されておらず、その後、継続的に人材育成がなされなかったことから、その裨益世代が退職を迎える昨今、大洋州は深刻な人材不足に直面している。このような教訓から、中長期的に医療事情を改善するには、持続可能な人材育成システムを構築することが不可欠である。

(3) 中長期的な協力の必要性

既存の人材育成システムや看護師のレベルは国により大きく異なるが、今回調査対象としたバヌアツについては、人材育成の重要性は十分理解しているものの「人材の育成」以前に「人材の管理」自体が適切に行われていないレベルにある。そのため、このような国に対して協力を行う場合、まずは人材育成方針や能力基準の策定、適切な人材管理の導入などへの協力が必要であるとともに、それらの必要性を説くAwarenessからも開始していく必要がある。フィジーで実施した現任研修（IST）技プロでは、正にこの部分に多くの時間を費やした経験があり、フィジー以上に基礎教育レベルや組織の成熟度が低い国においては、それ以上の時間を必要とすることを想定すべきである。そのため、わが国として本課題に着手し定着までやり遂げるのであれば、国により状況は異なるが、中長期的なスパンで協力を考える必要がある。

## 第2章 フィジー国、トンガ国、バヌアツ国における調査結果の概要

### 2-1 大洋州島嶼国における医療人材育成分野を取り巻く環境と課題

#### (1) 医療人材育成分野を取り巻く環境

大洋州島嶼国のヘルスケア・システムは、財政的な投入量が少ないことの影響を受け、医療人材の不足などの問題を抱えた脆弱なシステムであるといえる。そのなかで、特にパプアニューギニア（PNG）、フィジー、ソロモン諸島、バヌアツ等のメラネシアの国々では、「GDPに占める保健医療分野への支出」や「国民1人当たりの医療費」が最も低く、マーシャル諸島、パラオなどミクロネシア諸国で、医療保健分野の財政的投入が比較的多い（表-1参照）。

健康指標（乳児死亡率）と国民1人当たりの医療費を比較してみると、図-1で示される結果となる。メラネシア、ポリネシア、ミクロネシアの3つのグループに分類してみると、メラネシアの国々の国民1人当たりの医療費は3つのグループのなかで一番低く、健康指標も最も悪い。ミクロネシアの国々は1人当たりの医療費が一番高いが健康指標は中程度で、ポリネシアの国々は1人当たりの医療費が低いにもかかわらず健康指標が良い。

大洋州の国々では、保健医療サービスが公的医療機関で提供されている割合が非常に高いため、保健医療分野への公的資金の投入（適正な予算配分）は、直接国民の健康につながるため、重要となっている。こうした大洋州における医療分野の背景のなか、一般に保健医療費のGNP比は、5%以上であるべきといわれているが、ほとんどのメラネシアの国はこのGNP比が5%以下となっている（表-1参照）。このような公的資金の投入の低さが、熟練医療従事者の不足や、医療施設や機材などインフラ整備の遅れや老朽化、医薬品の供給量不足などを招き、健康指標の改善の遅れにつながっていることは容易に推察できる。

大洋州の人材育成分野を取り巻く、もう1つの社会経済的環境に、国を超えた人口移動の問題がある。移住が起こる原因には、以下のようにPush要因と、Pull要因があるが、医療人材に関しても例外ではない。これらの外的な要因に加え、各開発パートナーが行う医療人材の能力向上のための卒後教育や、海外でのトレーニングが、医療人材の移住を後押しする結果になることも多く、大洋州諸国の医療人材育成事業が、能力向上支援と移住促進の板ばさみというジレンマに陥っている。

Push 要因	Pull 要因
政治的要因	
<ul style="list-style-type: none"> <li>政治的不安定さ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人や家族に対する政治的安定性と安全性</li> </ul>
経済的要因	
<ul style="list-style-type: none"> <li>低い給与</li> <li>移住に歯止めをかけるような給与体系にするだけの予算不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高い給与と、他の収入機会</li> <li>自国の家族に外貨を送ることができる機会</li> </ul>
社会的要因	
<ul style="list-style-type: none"> <li>質がより良い生活に対するあこがれ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外国に家族が住んでいる。</li> <li>家族のためにより良い生活環境</li> <li>子どもや大人に対するより良い教育機会</li> </ul>
技術的要因	
<ul style="list-style-type: none"> <li>昇進の構造の欠如</li> <li>研修に対する認識の欠如</li> <li>不適切な仕事環境</li> <li>仕事を遂行するのに必要な基本的機材や医薬品の欠如</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>幅広いキャリア選択</li> </ul>



表一1 大洋州諸国の経済指標と健康指標

	保健医療費の GNP比 (%)	保健医療費の政 府総支出費比 (%)	1人当たり の医療費 (2003)	平均余命 (男性)	平均余命 (女性)	乳児死亡率 (/1000LB)	5歳未満児死亡率 (/1000)	妊産婦死亡率 (/1000LB)
アメリカンサモア				69	76	15	-	
クック諸島	3.8	9.6	425	68	74	17	-	
フィジー	3.7	7.8	220	66	71	20	25	75
キリバス	13.1	7.8	253	61	67	44	-	
マーシャル諸島	13.1	14.4	477	68	72	28		
ミクロネシア	6.4	8.8	270	67	68	35	44	
ニューカレドニア				70	78	7	9	10
ニウエ	9.7	9.3	153	69	71	29		
パラオ	9.7	15.2	798	67	74	14		
PNG	3.4	10.9	132	56	57	66	91	300
サモア	5.4	20.1	209	72	74	19	23	130
ソロモン諸島	4.8	9.4	87	62	64	32	54	130
トンガ	6.5	21.2	300	71	74	20	23	
ツバル	6.1	6.0	74	62	65	35	-	
バヌアツ	3.9	12.9	110	68	72	30	36	130
平均				66.4	70.5			
オーストラリア	8.1		1,893	78	83	5	6	8
ニュージージーランド	9.5		2,874	76	81	6	7	7

LB : Live Birth

出所 : Toward Brain Circulation: Building the Health Workforce Capacity in the Pacific Region, NZAID, 2006

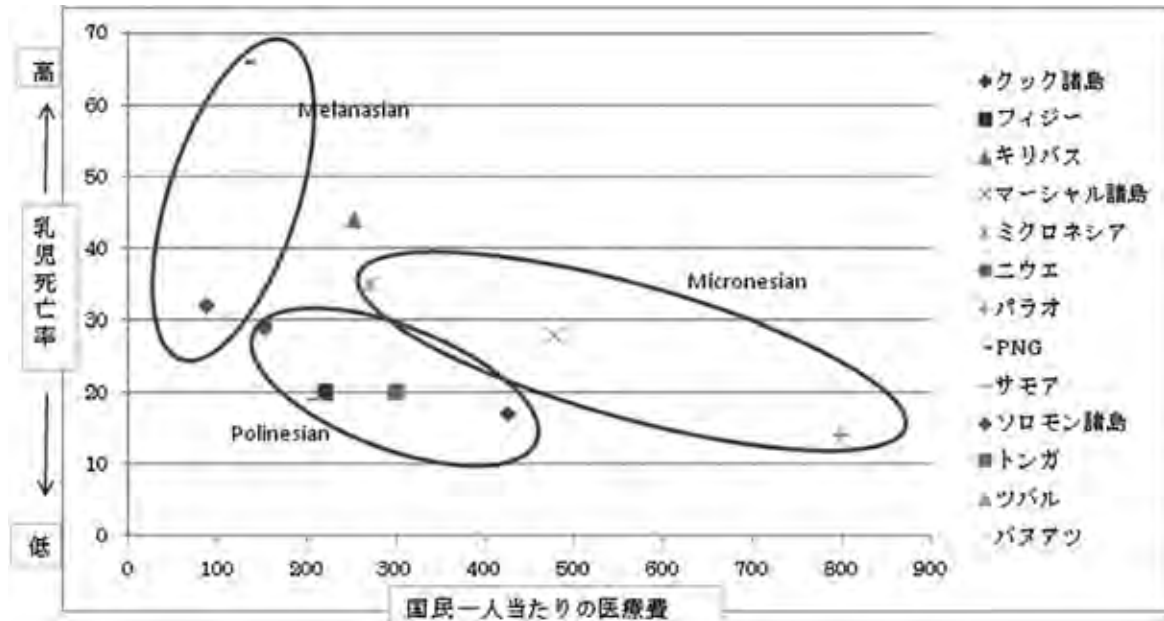


図-1 1人当たりの医療費と乳児死亡率との関係

(2) 医療人材育成分野の課題

1) 医療人材の量的な問題

大洋州島嶼国において、保健医療分野の中心的課題として、前述のように、熟練医療技術者（Skilled Health Professions）の海外流出による慢性的な量の不足があげられる。医師や看護師の流出は特に大きな問題で、フィジー、トンガ、その他のポリネシアの国々で著しく、特に医師不足は顕著である。また、大洋州の国々、特にメラネシアの国々においては、海外への流出は大きな問題にはなっていないが、医療人材供給の能力そのものが小さく、また、人材育成に関する情報・計画の欠如など効果的に供給するシステムが構築されていない国々も多い。医療人材の供給能力に関しては、特に医師を養成する学校が大洋州内で限られていることから、どこの国でも非常に低い状況となっている。こうした供給量自体の問題に加え、低い報酬レベルや、地方での貧しい仕事環境、また、へき地勤務者へのインセンティブの欠如などが重なり、特に、離島における医療人材ポストの空席率や離職率も高い。医療人材の需要に見合った供給、仕事環境の改善などに対する政策的介入の弱さもこうした人材不足の一因となっている。

人材の海外流出による影響やインパクトを測ることは、困難である。また、スペシャリストの医師の海外流出と地域保健の担い手の海外流出では、そのインパクトの出方も違うため、一概にどちらのインパクトが大きいかとは判断しにくい。医療人材のロスによるインパクトを測る近位の指標として医療人材の人口比（密度）がある。世界保健機関（WHO）は、麻疹の予防接種を80%カバー、また、熟練助産師による出産を80%にするためには、人口1,000人当たり、2.5人の医療人材（職種を問わず）が必要であると言っている。表-2は、医師、看護師、助産師の合計数を人口で割って、1,000人当たりの密度にしたものである。この表からも、医療人材の密度が低い方から4カ国がメラネシアの国々となっている。一方で、医療人材の海外流出の多いポリネシアの国の医療人材の密度自身は、あまり低くないという矛盾もある。

表-2 人口1,000人当たりの医療人材の密度比較

	医師 (A)		看護師 (B)		助産師 (C)		A+B+C	
	数	人口千対の密度	数	人口千対の密度	数	人口千対の密度	数	人口千対の密度
クック諸島	14	0.78	49	2.72	3	0.17	66	3.67
フィジー	271	0.34	1576	1.96			1,847	2.2
キリバス	24	0.3	191	2.36			215	2.22
マーシャル諸島	25	0.47	152	2.98			176	2.93
ミクロネシア	64	0.6	410	3.83	7	0.07	481	4.37
ニウエ	3	1.5	11	5.5	2	1	16	16
パラオ	20	1.11	26	1.44	1	0.06	47	2.35
PNG	275	0.05	2,841	0.53			3,116	0.54
サモア	120	0.7	346	2.02	3	0.02	469	2.55
ソロモン諸島	54	0.13	338	0.8	23	0.05	415	0.89
トンガ	35	0.45	322	3.16	19	0.19	376	3.69
ツバル	6	0.55	29	2.64	10	0.91	45	4.5
バヌアツ	20	0.11	428	2.35			448	2.16
ニューージーランド	9,027	2.37	31,128	8.16	2,121	0.56	42,276	10.6
オーストラリア	47,875	2.47	187,837	9.71			235,712	11.82

出所 : Toward Brain Circulation: Building the Health Workforce Capacity in the Pacific Region, NZAID, 2006

いずれにせよ、医療人材の密度が低いと、サービスの供給量が増えず、健康指標の改善には結びついていかないことは、メラネシアの国々の事情をみることで確認することができる。こうした大洋州の国々で2015年を目標としているミレニアム開発目標（MDG）の達成や健康指標の改善をしていくためには、人的資源の量的確保がされていかななくてはならない。特に、島嶼国の離島、へき地における医療人材の確保と維持のための様々な政策的介入、予算の配分が喫緊の課題となっている。

## 2) 医療人材の質的な問題

健康指標となっている妊産婦死亡率、乳児死亡率、また、5歳未満児死亡率などを改善していくためには、コミュニティーを対象とした一次保健医療サービスの充実と強化が不可欠である。そのためには、地域保健サービス供給のためのインフラ整備と、大洋州において地域保健サービスを一手に担っている看護師の能力向上が不可欠であるが、財政上の制限から十分な人材育成のための予算が確保できない問題を抱える大洋州島嶼国においては、育成された医療人材の能力は、開発国のそれに比べ低い。オーストラリア政府や、ニュージーランド政府、WHOその他の開発パートナーの長期にわたる様々な努力により、卒前・卒後教育の強化、現任教育などが行われているが、より効果を出していくためには、今後の継続的な支援を必要とし、また、対象をもっと絞った細かな支援なども必要と思われる。特に問題なのが、現任の医療者に対する監督者によるスーパービジョンの弱さと、**On-the Job**で行われるべき継続医療教育の欠如である。この問題は、地域保健の施設に働く医療者のみならず、病院勤務の医療者にも共通の問題であり、学校を卒業して以来、ほとんど知識のアップデートもないまま時を過ごす医療者も少なくない。へき地や離島では、全く何のサポートもなく、孤独に仕事に従事する若い医療者に離職する率が高いのは、こうしたサポートの欠如も原因の1つである。

大洋州においては、地域での従来型の感染症による疾患、死亡に加え、過去25年ほどで急速に台頭してきた生活習慣病、その結果の心血管病による死亡が新たな健康上の大きな問題となっている。こうした生活習慣病の対策として、ますますコミュニティーにおける予防対策の大切さがクローズアップされてきている。また、地域保健・予防サービスの大切さに加え、臨床とのリンケージ、コミュニティーでのフォローアップなど、地域保健サービスを担う看護師の役割と新たな能力の向上は、その重要性を増している。こうした、看護師の能力向上は、住民の健康に直接影響を与えるだけに喫緊の問題としてとらえられなくてはならない。

## 2-2 フィジー調査概要

### 2-2-1 医療人的資源開発政策と計画

フィジー国家戦略開発計画（Strategic Development Plan 07-11）の保健分野開発方針において、経済的・効率的で、質の高い保健サービスの向上を目的とした課題/国民の健康の保持、増進を支援するために必要な基本医療と予防医療サービスが提供されるための対策として、適切な技術をもつ医療従事者と高品質な医療サービスの維持が明記され、さらに保健開発戦略計画（National Health Strategic Plan 07-11）で保健サービスの提供に十分な技術と質をもった医療従事者を育成、維持することにより国民に質の高い保健サービスを提供することを目的としている。しかしながら、人的資源開発政策と計画に特化した詳細な計画は策定がまだされていない段階である。

## 2-2-2 保健行政区分

フィジー国の保健行政区分は、中央保健省、地方での地方保健レベル (Division)、地区保健レベル (Sub-Division) 及び、その下には医療区 (Medical Area) という、4段階の行政区分になっている。

## 2-2-3 中央保健行政組織

中央保健省は、公衆衛生課、看護と保健医療システム基準課、保健事業計画課、及び、運営計画課の4つの課 (Division) から構成される。オーストラリア国際開発庁 (AusAID) との連携の下、1999年から地方分権化を実施し、保健省の行政機構改革が繰り返し行われた結果、組織が簡素化され人員も削減された。保健省本部は、政策策定、予算配分を行い、保健サービス供給は地方レベル以下を統括する地方保健局が担当している。

## 2-2-4 地方保健行政組織

### (1) 地方レベル (Division)

保健省で地方レベルの保健行政を統括するのが地方保健局 (Divisional Health Office) である。地方保健局は中東部、西部、北部の3つが設置されている。地方保健局のトップは局長で臨床サービスと公衆衛生サービスの両方を管轄する。局長の下には地域保健課長、地方看護指導監などが配置されており、地方看護師長が各地域の看護師を統括している。各地方で実施される研修予算として300万円前後の予算が配分されているが、従来は研修プログラムの企画・運営・モニタリングを本省が行ってきた。2005年から地方保健局独自で企画できる研修予算が配分されている。

### (2) 地区レベル (Sub-Division)

1つの地方に3~5の地区があり、各地区病院の院長を兼任している地区医師長が地区を統括している。地域の看護師のトップは、地域看護師長 (Sub-Divisional Health Sister) である。地区の下での行政レベルである医療区 (Medical Area) には必ずヘルスセンター (複数の看護師と医師が常駐) か看護ステーション (看護師1名のみ) が設置され、コミュニティーヘルスワーカー (住民ボランティア) が医薬品の配布や傷の消毒、啓発活動などを行っている。

医療区で働く地域保健看護師のうちヘルスセンターに勤務する看護師は、ゾーン看護師 (Zone Nurse)、看護ステーションに勤務する看護師はディストリクト看護師 (District Nurse) と呼ばれる。また、地域保健看護師を指導する立場の看護師としてシニア地域看護師長 (Senior Health Sister)、地域看護主査 (Health Sister) がいる。

## 2-2-5 医療人材 (看護分野以外) 開発分野の概況

### (1) 医療人材の育成状況

南太平洋地域で医学部は、PNG大学とフィジー医学校の2校のみである。看護職以外の医療専門技術者養成 (学士&ディプロマレベル) もこの2校と各国保健省所属 (サーティフィケートレベル) で理学療法や検査技師育成コースをもつ程度である。看護学校 (看護助手養成校) は、大洋州各国で1校以上を国営や教会運営で自国養成を実施している。フィジー医学校の概要は以下のとおり。

### 1) Fiji School of Medicine (FSM)

国内での医療従事者養成は、保健省管轄のFSM1校で、医学、歯学、医療技術(歯科技工士、臨床検査技師、環境保健、理学療法、X線技師、栄養、薬学)学部がある。1883年創立で、1998年からフィジー政府から独立法人化、学生の60%がフィジー以外の大洋州域内留学生であり、各国政府を通してオーストラリア、WHO、台湾等の奨学金が留学生に供与されている。フィジー政府からの運営予算は、年間250万(2008)～400万ドル(2007)である。

### 2) 医療人材育成事業に対するドナー支援

フィジー国の医療人材育成事業に対するドナー支援は、オーストラリアとニュージーランドが医療分野の奨学生を支援しているが、学士以上を取得した留学生に対して優先的な労働許可を与えるなど、自国の労働力確保の一環という意味合いを含んでいるように見受けられる。留学生にとっては、自国に比べて高収入を得られる両国の労働環境は魅力であり、留学後自国に戻らない者も多く見られる。また近年の政治不安を嫌っての移民や、経済状況の向上を目的にした出稼ぎなどで、多くの医師や看護師等が海外に流出している。このため相対的な医療者の数は慢性的に不足しており、特に、地方における医療従事者、とりわけ医師の不足は深刻化しつつある。

### (2) 医療人材の配置状況

表-3のとおり、フィジー国全土で医師の数が不足している。これは近年の政治不安に伴い、多くの医師が、海外に流出したことが影響している。一方、看護師の数は、医師に比べ一見それほど不足感は見受けられない。しかしながら、上述のとおり医師が不足しているため、特に医師の少ないへき地においては、看護師のより専門性の高い貢献が期待されている。そのため、質の高い看護師が規定数以上に必要とされる。地域ごとの看護師の規定数と不足数を見てみると、特に島嶼部の東部の不足が大きい。

表-3 医療者の充足数 (MOH, 2007)

	規定数	充足数	不足
医師	396	318	78
歯科医師	201	196	5
看護師	1,827	1,810	17
薬剤師	84	76	8
検査技師	134	132	2
X線技師	65	65	0
理学療法師	35	33	2
栄養士	58	58	0
保健環境衛生士	119	119	0

出所：Ministry of Health Annual Report 2007, MoH

定員に対しては人事院が決定し、実質的な配置は各地方指導監の決定で行われる。ただし、人口や地域ニーズに応じた医師・看護師の配置計画というものは存在せず、地域ごとに、ニー

ズに対しどの程度不足しているのかは明らかでない。医療疾病構造の変化に対応するためにも看護師の需給計画策定が求められる。

## 2-2-6 看護師人材開発の現状

### (1) 看護卒前教育

看護師の卒前教育は、フィジー看護学校で行われている。フィジー看護学校は、看護学3学年制のディプロマコース、留学生を含め500名程度の学生が学ぶ、保健省管轄の看護単科校である。授業料は国からの補助が2/3受けられるため、学生への負担は少なく、文具等教材費と生活費を自己負担すればよい。本校を卒業すると、Registered Nurse (RN：正看護師)として登録される。2/3以上の卒業生が保健省に就職を希望するが、私立病院や国外への勤務を希望するものもある。

### (2) 看護卒後教育

2007年からオーストラリアのJames Cook 大学と提携して、学士と修士課程を併設したが、このコースは学費が自己負担となる。さらに、修業内容をオーストラリアの規定より低く設定 (Wスタンダード) しているため、卒後オーストラリアでの就職を希望する場合は、オーストラリアでのブリッジングコースを受講するか、准看護師格付けとなる。看護課程修了者及び現役看護師対象の卒後教育コース (Post Graduate Course) を設けており、これらはすべて有料 (自己負担) である。7ヵ月の助産婦コース (Post Certificate Course)、6ヵ月のPHCコース (Post Basic Public Health) や9ヵ月の看護管理コース (Nursing Administrative Management Course)、アドバンスディプロマコースとして1年のナース・プラクティショナーコース (Nurse Practitioner Course) 等があるが、少人数制であることから人気のコースは受講が困難である。看護管理コースに関しては、カリキュラムの改訂が必要と判断され、2003年以降中断されていたが、2009年に内容改訂を行い、コースの早期再開をめざしている。

### (3) 看護現任教育の進捗と課題

新規の医療人材育成事業 (医学、看護、医療技術者学校等の運営強化や教育レベルの向上、専門課程コース進学支援等) 以外の医療人材の能力向上の方法として、現任者研修、継続的医療教育の実施 (定期的勉強会のシステム化やOn-the-Job研修での技術能力向上や学校による卒後教育コースでの学習促進支援等) がある。

WHOは海外における現任者研修を積極的に支援している。2006/2007年には、17名の現任者に対し、オーストラリアやニュージーランドで実施された1週間から3ヵ月の研修コース参加への財政支援を実施した。また、海外のカンファレンスや会議に対し、2007年一年で40名のフィジー人医師、看護師、その他の職種を参加させている。これら海外での研修・カンファレンスは、費用がかかる割には、効果は個人にとどまり、大きな波及効果は期待できない。また、研修項目と、研修者の仕事の関連性に疑問が残るものが散見される。

地方医療の現場で求められている技術や能力は最先端医療の学歴や資格ではなく、PHCを中心とした地域での包括的な保健活動の指導者と活動である。それを補うためには、専門性と技術力の高い地域保健看護師及び病院看護師の実務的能力向上が必要であり、特に地域保健現場で数年以上の経験を積んだ中堅看護師には、医療施設責任者の任務が任されるほど期

待されている役割は大きい。しかしながら、現状では現任教育システムが適正に機能しておらず、卒後及び現任教育を受ける機会に恵まれていなかったことから、地域保健看護師の技能向上が図れず、地域の保健ニーズに応える技能をもった看護職者育成には至っていない状況である。これは、保健省の現任教育予算から地域保健看護師に対する割り当てがほとんど考慮されてこなかったことも要因の1つであると考えられる。また、島嶼国という地理的特殊性は、現任教育の実施を阻害する大きな要因の1つである。厳しい地方の労働環境の改善、給料改善、卒後教育の充実やスーパービジョンの強化により、地域医療者の労働意欲の向上や技術支援が重要な課題である。

また、フィジーにおいては、現在の看護指導者世代は、看護学校で地域開発手法を学んでおらず、経験はあっても知識として体系化して学んでいないことから、後輩の看護師たちに十分な指導力を発揮できない状況である。若手の看護師は必要な知識・技術は看護学校で学んでいるが、その実践や地域活動にあたっては未熟な部分も多く、周囲からの助言・指導が必要になる。看護指導者は地域看護師よりは研修を受ける機会に恵まれているが、研修の多くは課題別、トップダウン型であり、地域保健活動推進のための指導者としての総合的能力強化のための研修は実施されていないのが現状であった。2008年には、こうした現任教育の問題、地方に働く現任看護師の能力や労働意欲の向上のための技術協力プロジェクト「地域保健看護師現任教育プロジェクト」が、日本の援助で3年間実施された。

#### (4) JICA－看護師現任教育プロジェクト

平成17年から3ヵ年実施され、平成20年3月に終了した「フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト」は、フィジー国で初めて地域における現任教育（In-Service Training: IST）の仕組みを導入し、実施を始めたプロジェクトである。当プロジェクトで導入した新しい現任教育の仕組みというのは、これまで多数行われてきた「課題」に特化し、中央から「縦割り」で実施されていた国内の1ヵ所に集めての現任研修や、研修生を各国から集めての海外での現任研修とは考え方を異にし、現場の地域保健看護師を対象に、地域のニーズや個人のニーズをアセスメントしながら、研修項目を設定し、関連する複数のツールを開発し、全活動を地域にDecentralizeした形で実施する仕組みのことをいう。

プロジェクトの協力内容は以下のとおり。

##### (上位目標)

中部地方において地域保健看護師の行う地域保健活動の質が改善される。

##### (プロジェクト目標)

中部地方において地域保健看護師の業務管理能力が現任教育を通じて向上する。

##### (成果)

- ① 地域保健看護師の能力の基準と機能が定められる。
- ② 地区看護指導者の現任教育に関する運営管理能力が向上する。
- ③ 各地区において地域保健看護師を対象とした現任教育が機能する。
- ④ プロジェクトの成果が他地方及び他国に紹介される。

本件プロジェクトの対象地域は中東部地域であり、地方保健局と地方内地区のそれぞれの現任教育における責任と役割を定めるところから始め、様々なツールの開発、活動項目の設



定と実施を行い、プロジェクトの目的をおおむね達成することができた。

(5) フィジー地域保健看護師現任教育プロジェクトフォローアップ調査

プロジェクト終了8ヵ月後の11月にフォローアップ調査が実施され、以下は、そのフォローアップ調査のファインディングとリコメンデーションの要約である。

1) 調査結果要約

- ① 中東部地方保健局とともにIST調整員は、西部・北部地方へISTプログラムを導入するなど、積極的にIST活動発展のために尽力した。西部・北部の4看護指導者たちへの3日間の集中研修を実施。さらに、4月に西部地方で、5月に北部地方での導入ワークショップを実施。また、中部地方全地区に対し四半期ごとの巡回指導を行い、報告書を提出している。新任看護師対象の研修プログラムを作成し、実施を行った。
- ② 中部地方においては、プロジェクトの実施の対象地域であったことから、導入も手厚く行われ、現任研修の実施期間も他の地方に比べると長い。研修計画内容の質的な向上も見られ、今後の地方保健局からの指導が継続して行われれば、全体的な質的向上が期待できる。
- ③ 東部地方においては、導入から1年が経過したが、定着が進んでいるとはいえない。行われている活動と地区は限定的である。いくつかの地区では看護指導者と地域保健看護師の間の活動は意欲的に実施されているが、地方保健局への報告は機能していない。導入後の継続的な指導が不足すると定着が遅れることの現れであろうし、島嶼地方であることも定着を困難にしているのであろう。こうした地域においては、より長期の計画で定着を促進していく必要がある。
- ④ 西部・北部地方においては、地方保健局課長は地域保健看護師の能力向上に非常に協力的ではあるが、地方保健局による指導・管理機能は確立していない。ただし、地区レベルでは、看護指導者たちは大変意欲的で、指導者と地域保健看護師の間の活動は意欲的に実施されている。一方、看護指導者がISTプログラムの概念的骨組みをよく理解しているかについては、疑問が残る。
- ⑤ これらの地方においては、地方局の機能が明確に規定されていないため、次年度計画等の活動は行われていない。IST調整員が配置されていないことがこうした遅れの一因であろう。

2) リコメンデーション要約

- ① 東部、西部、北部においてISTの仕組み、概念の導入はなされたが、地方保健局が自身の機能を明確に理解するに至っておらず、各行政レベルの機能と役割の明確な規定などを行う必要がある。このために、中部地方保健局に対する過度の期待はできない。中部地方保健局にいるIST調整員にしても、中部地方の地区への巡回指導をするだけで精一杯の状況である。プロジェクトとしての外 部から西部、北部、東部への継続的サポートが必要と思われる。
- ② IST活動の質的な向上をめざすために、全国レベルのISTモニタリング機能を構築する必要がある。保健省看護課がその責任を負い、各行政レベルにおけるモニタリング

活動を、統一したフォーマットと方法を定め実施することが重要である。また、IST調整員を各地方に1名配置することが強く求められる。

- ③ 看護指導者、地域保健看護師の頻繁な辞職や異動がみられるところ、新任者へのオリエンテーション及びその後も継続可能な指導体制を確立すべきである。
- ④ JICA-ISTプロジェクトで開発したハンドブックに関しては、AusAIDで開発を進めているPublic Health Information System : PHISのなかに、ほぼそのまま転記されている状況であり、それらのほとんどのページ上部にはISTプロジェクト名が記載されている。以上のような状況であることより、ISTプロジェクトのハンドブック自体の改訂は不要であり、PHISマニュアルに統合することで、地方看護師の使用には不都合がないことが判断された。

#### (6) 看護師雇用と配置の状況

看護師は、卒業すると人事院が決定した定員に基づき、各地方指導監の決定で行われる配置に従って配置される。基本的に勤務先に関して本人希望は取らないが、個々のケースに応じて配置先を考慮するということはある。少しデータは古いが、看護師配置の状況は、表-4に示すように、全体では20名前後の不足で、不足が一番多い地域は東部となっている。これは、東部が島嶼地域であるため、勤務地としての難しさとして倦厭されているためと思われる。

表-4 看護師の配置状況

	規定数	充足数	不足 / 過剰
CWM 病院	352	357	+5
Lautoka 地方病院	200	187	-13
Labasa 地方病院	97	104	+7
中東部地方病院	321	279	東部 (-36)、中部 (-6)
西部地方病院	244	249	+5
北部地方病院	115	139	+24
老人施設	8	4	-4
計	1,337	1,319	-18

出所：中等部地方保健局 2004

フィジー国の傾向として、毎年看護学校を卒業した新人看護師とほぼ同数の看護師が（定年退職者を含め）離職している。離職した者のうち海外移住をした人数は明らかになっていない。再雇用される看護師の多くは、定年延長に伴うものであるため高齢で、地域保健看護師としてへき地で活動するには適していない。

#### (7) フィジー看護学校

フィジー看護学校は、留学生も含め学生数500名程度で、管理者レベルを含め32名の講師をもつ保健省管轄の看護単科校である。建物は、20年前、日本の無償資金協力を使って、教室、実習室、寮に加え、階段式の講堂、集会所など広い敷地に機能として十分な施設が建設され

ている。施設の維持管理は良好で、他のドナーの資金援助で実習室の改修などが行われている。看護学校としては大洋州の中でもトップの実力とキャパシティーをもつため、大洋州のたくさんの国々から留学生を受け入れる広域校ではあるが、教育省が認定する教育校という位置づけではない。あくまで、保健省の管轄下の保健人材養成校である。

## 2-2-7 地域保健活動

地域保健活動の状況を調査する目的で、中部地域の2つの保健センター（HC）とナーシングステーション（NS）を訪問し、聞き取り調査を行った。以下はその要約である。

### 1) HC/NSの概要

- ① HCは平均で人口5,000人程度をその診療圏にもち、医師若しくはナースプラクティショナーが1名配置され、複数の地域保健看護師、地域保健看護師長（スバ地区のみ）が常駐のスタッフとして従事している。診療内容は、一次医療、歯科検診、母子保健サービス、学校保健、家族計画、健康教育、及び、糖尿病検診など各種クリニックと呼ばれている検診を行っている。地区病院に隣接して設置されたHCでは、日中はこれが病院の外来機能を果たし、病院は夜間救急と入院診療のみを担当している。病院で勤務していた臨床看護師がHCに配属になったり、病院の機能もコミュニティー活動を含むなど、両者に大きな役割的な違いはないように見受けられた。
- ② NCDクリニックの見学では、病人の管理などはしっかり行われているようであったし、治療の方針も標準化されているように見受けられた。しかしながら、高血圧の診断を行うための血圧測定法の標準化が徹底されていない様子や受診者記録の正確性などについては、検証の必要があるように見受けられた。
- ③ ナーシングステーションは、平均で2,000人程度をカバーし、スタッフとして従事しているのは、地域保健看護師1名のみである。診療内容は、一次医療、母子保健サービス等、基本的な地域保健活動のみである。入院施設はない。

### 2) 日常業務の問題点

- ① 日常業務における問題点として、ここでもロジスティックな問題があげられた。村への訪問に必要な交通手段がなく、歩くか、又は、交通費を自費で賄って訪問している状況とのこと。HCにある救急車を利用したりすることもあるとのこと、救急車としての業務に支障が出ていないのかという懸念が残る。
- ② ナーシングステーションにおいては、ロジスティックな問題に加え、1人の駐在であるので、施設を出るためには、閉じてしまう必要があることが問題となっていた。施設がいつも開いておらず、安定したサービスが供給できない状況では、患者の期待度を下げたしまい、サービス利用を低くしてしまう結果にもなりかねない。

### 3) スーパービジョン

- ① 訪問した医療施設は、JICA-ISTのプロジェクト対象地域であったため、スーパービジョンが定期的に行われていた。

#### 4) 現任研修/継続教育について

- ① JICA-ISTのプロジェクトの効果として、自分たちの望む現任教育の実施がされるようになり、大変有意義に感じている。プロジェクト開始前は、ほとんど行われていなかったスーパービジョンが行われるようになり、能力基準とクライテリアに沿って行う両者によるアセスメントのため、スーパーバイザーに自分の問題を理解してもらえるようになったことに、一番感謝している、との感想が聞かれ、ISTの効果があがっていることが確認できた。

#### 2-2-8 フィジー国医療人的資源開発に係る課題のまとめ

- ① フィジー国においては、多くの医師や看護師等が海外に流出している。このため相対的な医療者の数は慢性的に不足しており、特に、地方における医療従事者、とりわけ医師の不足は深刻化しつつある。
- ② 保健省下の職員の定員に対しては人事院が決定し、配置は実質的には各地方指導監の決定で行われる。ただし、人口や地域ニーズに応じた医師・看護師の配置計画というものは存在せず、地域ごとに、ニーズに対しどの程度不足しているのかは明らかでない。
- ③ 看護の基礎教育の質に関しては、他の大洋州の国よりも高い。現任教育に関しては、これまで地域や個人のニーズに応じたものではなく、ファンド主導で行われてきた。が、JICAのISTプロジェクトの導入で、地域や個人のニーズに応じた教育が、計画的に行われるようになってきている。今後も本分野に対する長期的な活動や、政策支援が望まれている。
- ④ スーパービジョン/現任教育での問題は、離島の医療施設へのアクセスなど、ロジスティックな問題である。特に東部離島地域を統合したスーパービジョン実施方法の工夫が必要であろう。
- ⑤ フィジーの看護学校や、保健省看護部の能力の高さをかんがみ、今後の広域プロジェクトへの、技術支援としての投入を考慮することが重要である。第三国専門家や、第三国研修としてフィジーのリソースを最大限使うことは、プロジェクトの効率や効果の向上につながると思われる。

### 2-3 トンガ国調査結果

#### 2-3-1 医療人的資源開発政策と計画

トンガ国においては、2008年に人的資源開発フレームワークを2つの省庁〔教育・女性・文化省 (Ministry of Education, Women's Affairs and Culture: MEWAC) 及び、研修・雇用・青年とスポーツ省 (Ministry of Training, Employment, Youth and Sports: MOTEYS)〕共同で設定した。また、トンガ国国家研修ニーズ・アセスメントが同年の前半に実施され、トンガ国における研修・教育における投資の優先順位が明らかにされた。これら人的資源開発フレームとニーズ・アセスメントに基づき、国家人的資源開発計画が策定された。

医療人材の不足や、人材育成能力の不足をかんがみ、国家人的資源開発計画においては、以下のような活動を策定している。

- ① トンガ国の医療人的資源の不足をかんがみ、特に、医師、歯科医師、看護師のリクルートに焦点をあてた政策と戦略の策定を行う。
- ② 看護教育の質的向上を目的に、国際標準を参考に看護学校のカリキュラム改訂を実施する。
- ③ トンガ国で現在行われている保健省下の看護教育の費用対効果を、保健省外の他の教育機関に移したときと比較をして検討を行う。
- ④ 看護以外で自国において行われている人材育成についてレビューを行う。

- ⑤ 医師、歯科医師、看護師の登録制のための政策を策定する。
- ⑥ トンガ国における医療人材に対する継続教育を確保するためのプロポーザルを策定する。
- ⑦ トンガ国における医療人材の今後5年間の現任教育計画を策定する。

### 2-3-2 保健行政区と医療保健施設

トンガ国の保健行政区、及び医療保健施設の配置状況は表-5のとおり。

表-5 保健行政区及び医療保健施設の配置状況

行政区分	人口	距離 (km)	病院			保健センター	リプロ・ヘルス クリニック
			名称	病床数	職員数		
Tongatapu 島	70,119	0	Vaiola 病院	199	588	7	19
Vava'u 島	16,452	318	Ngu 病院	61	68	3	5
Ha'apai 島	8,518	188	Niu'ui 病院	25	48	2	5
Eua 島	5,165	41	Niu'eiki 病院	18	18	0	3
Niutopulapu 島	1,343	618		—	9	1	1
Niuafo'ouh 島	769	635		—	5	1	1
Total	102,366	—		303	736	14	34

出所：保健省年次報告書2005

保健行政区は6つの島に分割されているが、病院をもつ行政区は4つのみ。各行政区には病院の下に保健センター（Health Centre：HC）、及び、看護師1人常駐のリプロダクティブ・ヘルス・クリニック（Reproductive Health Clinic：RHC）が設けられている。トンガタプ島のバイオラ病院が国のトップレファラル機能をもつ三次医療施設である。他地区病院の施設機能が十分でないことや利便性の問題から、地域住民は最初からバイオラ病院を直接受診することが多く、地域の二次医療施設機能を果たしているといえない。トンガタプ島以外からの病院からバイオラ病院への紹介数についての詳細は不明であるが、トンガタプ島にある保健センターからバイオラ病院への紹介数は、毎年200例前後で推移している。

### 2-3-3 保健行政組織

保健省は規模も小さく、行政官と医療者に組織的な区別はなく、保健省の部門責任者が病院の責任者も兼任している。例では、バイオラ病院の院長は、病院の統括責任者であり、保健省医療サービス部門の責任者でもある。看護部の総責任者は、看護部長（Chief Nursing Officer）で、その下に公衆衛生看護師長（Public Health Nursing）、看護教育長（Nursing Education：看護学校長）、病院看護師長（Hospital Nursing）の3人がそれぞれの分野の責任者として配置されている。この3人が全国の看護師を直接管理監督しているという、行政的な階層のない大変フラットな組織となっている。

## 2-3-4 医療人的資源開発分野の状況

### (1) 医療人材（看護師以外）の育成状況

トンガ国において、医師や歯科医師といったスペシャリストを育てる教育機関はなく、こうした学生に国は奨学金を出し、フィジー医学校（FSM）やオーストラリア、ニュージーランドで教育を受けている。他の医療技術者においては、保健省が管轄するバイオラ病院で育成が行われている。レントゲン技師は、2年のCertificateコースと3年のDiplomaコースがある。臨床検査技師は、2年間のコースで座学と実習から成っている。薬剤師は、2年のコースを受け、更に、フィジーで1年間のコースを受けると薬学学士の資格を得ることができる。その他に、Health Inspectorの2年のコースや、Health Officer（准医師）の3年のコースがある。Health Officerに関しては、2008年でその養成を終えている。

今後の医療人材育成の向上をめざすために、国は医療従事者の卒前・卒後の研修計画をつくり実施していく予定である。また、現在バイオラ病院で行われている医療技術者への教育を、国内にある病院以外の研修機関（Tupou Tertiary Instituteなど）に移して、強化していくことも視野に入れて検討を行っている。

### (2) 医療人材の配置状況

表-6は、近年の保健省職員充足率を表したものである。近年大洋州全域で問題になっている医療従事者の海外流出は、トンガ国でも大きな影響を及ぼしている。特に海外教育を受けた医師の現地での就職や保健省管轄のクイーンサロテ看護学校（Queen Salote Nursing School: QSNS）の卒業で得られる看護師資格がニュージーランド資格として認められることから、出稼ぎや卒後直接ニュージーランドに就職するケースなども多く、国内教育の成果がトンガ国に還元されていない状況が見られている。

さらに、医療者の都市集中化もあり、地域医療現場における医師の確保は困難な状況にある。特にへき地のHCやRHCでは、看護師が施設管理責任者となり、業務内容も看護業務のみならず、社会的地理的環境に適応させた包括的な保健サービスの提供が任務となっている。

表-6 2002年と2006年の職員充足率の比較

ポスト	2002年			2006年		
	充足数	必要数	充足率(%)	充足数	必要数	充足率(%)
大臣	1	1	100	1	1	100
部長	6	8	75	5	9	55
医師	66	88	75	80	100	80
歯科医	37	52	75	40	52	77
看護師	325	385	71	325	425	76
技術者	113	166	68	115	162	71
財務	43	47	91	42	58	72
事務部	122	186	65	137	181	75
総数	713	933	76	745	988	76

出所：保健省年次報告書2006

### (3) 看護師の育成状況

#### 1) 看護卒前教育

QSNSは保健省の管轄にあり、Form7を対象として、政府系病院やヘルスセンターの看護師の育成を行っている。オークランド技術大学との連携で、Diploma資格を提供し、TIOE<sup>1</sup>のDiplomaレベルと同様の資格として認知されている。看護師資格はニュージーランドに適応した資格として認められているため、看護師の海外移住が増加し、看護師不足が続いている。学校では、民間と公立の病院の現任看護師への卒後研修も提供し、Certificateを支給している。2001年から2008年の看護学校の入学者数と卒業者数は表-7のとおり。

表-7 看護学校の入学者数と卒業者数

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
入学者数	募集なし	25	26	30	42	≒ 30	募集なし	36
卒業者数	--	21	22	26	38	(未)	--	(未)

出所：トンガ国バイオラ病院改善整備計画BD調査団聞き取り、2008年6月

定員はなく、その年の予算で入学者数が決まる。看護学校入学希望者は多く毎年100名以上の志願者があるが、学校施設規模の問題から、毎年30名前後が入学し、そのうちの約80%程度が卒業して全国の医療施設に配置されている。2007年には前年の11月に発生した民主化を求める暴動による影響で公務員の定数削減が実施されたため、看護師の入学募集が行われなかった。そのため、現在は2006年入学の3年生と、2008年入学の1年生による2クラスのみで学校は運営されている。なお、保健省は今後看護学校の入学者を50名程度に増員したいとの意向をもっている。

#### 2) 看護卒後教育

看護の卒後教育については、QSNSで9ヶ月の看護卒後教育（Post Basic Course）を行っている。2007年には、WHOのサポートで、看護管理コースが実施されたが、こうしたコースもファンドの有無によって実施がされたり、されなかったりと恒常的なコースではない。他の卒後の教育に関しては、国外の看護学校に留学する形で行われている。ニュージーランドやWHOからの援助で、ニュージーランドや、フィジーの看護学校に留学生を送っている。

#### 3) 現任教育の現状と課題

看護師の現任教育に関しては、フィジー国と共通の現状と課題が確認できた。ドナー主導、課題別の現任教育が行われており、限られた人数が、国内・外の数日から数ヶ月の研修コースに参加するという形で行われている。こうした研修は、コストが高い割に、波及的な効果は期待できず、費用対効果が高いとはいえない。また、こうした研修コースと現任のポストに必ずしも関連がみられない研修も多く、研修の効果や効率という点で疑問が残る。

ただし、現任教育の場として利用できるスーパービジョンや、月に1度の地域看護師を集

<sup>1</sup> Tonga Institute of Education (TIOE)：初等教育と中等教育の教員養成学校であり、公立学校や私立学校を問わず教員を輩出している。

めての会議などは行われていることから、現任教育体制構築に活用できる仕組みがあることが確認できた。

#### (4) 看護師雇用と配置の状況

看護学校の入学者は、入学時点で保健省職員として雇用される。そのため、年間2,495パ・アング（T\$, 約15万円）と制服2着が支給され、寄宿舎（看護学校に併設）を利用する者からは利用料として2週間ごとにT\$40を徴収する。入学者は、卒業後3年間保健省で働くことが義務づけられている。

島ごとのHC数、RHC数、及び、看護師数は表－8のとおり。ただし、表－8の数は、聞き取りのため、また表－5は少し古く2005年の数であるため、表－5の施設数とは数が異なっている。

表－8 島ごとのHC、RHC、看護師の数

	Tongatapu島	Vava'u島	Ha'apai島	Eua島	Niuaatopulapu島	Niuafo'ouh島	合計
HC	7	2	2	0	1	1	13
RHC	8	5	4	2	0	0	19
Sr(PH)	4	0	0	0	0	0	4
SNMW	3	0	1	0	0	0	4
NMW	1	0	0	0	0	0	1
SPHN	5	3	3	2	0	0	13
PHN	9	3	3	0	0	0	15
NP	1	1	1	0	1	0	4
Nurse 合計	23	7	8	2	1	0	41

出所：現地調査聞き取り、中村調整員まとめ

トンガタプ島のSister Public Healthは中央保健省に勤務の4名であるので、地方のHC及びRHCで勤務する看護師は37名程度である。そのうち、60%はトンガタプ島勤務である。一方、Niuafo'ouh島島には医療者の配置がないことが分かる。

#### (5) クイーンサロテ看護学校（QSNS）の施設・機材

QSNSは、1971年、バイオラ病院開設時に同敷地内に移転された学校で、歴史の古い学校である。現在の施設は寄宿者以外では、1階に2つの教室（各30名収容程度）と職員用事務室、2階に15名収容程度の小さな実習室、及び学生用の図書室から成っている。保健省のコンピューター室（10台程度）も2階にあるが、このコンピューター室は、すべての学生用で必ずしも看護学生用ではない。この看護学校は、建物自身の老朽化が進み、また、学生の収容能力が不足しているため、教育施設として適正な施設とはいえない。実習室の機材は乏しく、図書館の参考書類も大変古いもので、機材や参考書の強化は火急の問題である。

### 2－3－5 地域保健活動概要

トンガタプ島にあるヘルスセンター（HC:外来診療を受け持つHealth Officer1名、地域保健看護



師1名の2名から成り、診療業務と地域保健業務を行っている) とリプロダクティブ・ヘルス・クリニック (RHC:地域保健看護師1名で業務を行っており、外来診療はしない) を数ヵ所訪問し、地域保健活動に関しての聞き取りを行った。以下はその要約である。

#### (1) HC/RHCの概要

- ① 1つのHCのキャッチメント・エリアの人口は、3,000人から4,000人程度で、RHCも大体同じような人口をカバーしている。
- ② トンガタブ島にあるHC、RHCにおいて、積極的な地域での活動が展開されていることが確認された。どのHC/RHCにおいても、1ヵ月の活動計画ができており、コミュニティーでの家庭訪問、糖尿病フォローアップ、予防接種/子どもの健康、妊産婦検診(安定期に入った妊婦の)・産後検診、家族計画などが計画性をもって行われている。HCでは、外来診療を午前中に行い、午後は、Health Officerも受け持ち区域のコミュニティーに出かけて、地域保健看護師と一緒に活動を行っている。学校での学校保健(ヘルストーク)、村の衛生監督なども行い、活動は多岐にわたっている。
- ③ 患者の記録管理もかなりきちんとされているように見受けられたが、自分たちで集める医療情報に関して、型どおりの集計にとどまっておき、地域分析に結びつけたような分析は行われていないように見受けられた。しかしながら、医療情報や数字統計の活用の重要性については理解されているように見受けられた。

#### (2) 日常業務の問題点

- ① 日常業務における問題点として、ロジスティックの問題があげられた。村への訪問に必要な交通手段がなく、歩くか、又は、交通費を自費で賄って訪問している状況。車両があるHCには、1ヵ月40リットルの燃料の支給があるが、十分ではない。車両に関しては、コミュニティーによっては車両供与をしているところもあるが、燃料費はHCで負担する必要がある。交通事故のような緊急の場合には、バイオラ病院に電話をして、救急車を送ってもらうか、コミュニティーで車の都合をつけてバイオラ病院に搬送している。
- ② HCやRHCに予算はなく、薬や消耗品のサプライ、機材・施設のメンテナンスのすべてがバイオラ病院で管理されている。薬・消耗品は定期的にバイオラ病院から配布されるが、糖尿病治療のためのインシュリンに関しては、バイオラ病院で管理しており、患者は、バイオラ病院まで取りに行かなければならない。

#### (3) スーパービジョン

- ① 地域看護師の全体会議を、毎月末に地域保健看護師全員をバイオラ病院に集めて行っている。この会議では、各施設での問題点や改善点を話し合い、月の施設報告書提出も兼ねている。しかしながら、現任研修や、情報のシェアリングというような教育的な要素とは結びついていない。四半期に1回、バイオラの看護指導監によるスーパービジョンが行われている。

#### (4) 現任研修/継続教育について

- ① 定期的な現任教育は受けたことがなく、保健省がドナーと開くワークショップ(予防接

種拡大計画：EPI、急性呼吸器感染症ARI、CDDなどの課題別ワークショップ）に複数回参加したことがある程度。どの医療者に聞いても、自分のスキルの向上を願っており、特に、村や学校での健康教育のためのスキル、薬の知識、救急医療の知識などの教育を受けたい等の声が聞かれた。また、ヘルスプロモーションのための教材も必要としている。一人の地域保健看護師は、国から6名の参加者の一人に選ばれて、ニュージーランドにおける非感染症（NCD）対策（ヘルスプロモーション）のための研修に参加したが、その後、同僚に対して伝達講習を実施した経験はないとのことであった。

- ② 看護師資格修得後の勤務地は限定されておらず、地域看護師と臨床看護師の行き来は自由であり、臨床看護から地域保健看護に代わるケースは多い。ただし、地域保健看護師が臨床に移るケースはまれとのこと。地域保健看護師には、施設の責任者となって、コミュニティの健康を守るという意識があり、仕事の自由度が高い点や、仕事の存在意義を感じることができる点で人気が高いようであった。臨床看護から、地域保健看護へ異動する場合のオリエンテーションは施設ごとに任されており、仕組みとしての定型的なオリエンテーションはない。

#### 2-3-6 トンガ国医療人的資源開発における課題のまとめ

- ① トンガ国において、医師や歯科医師といったスペシャリストを育てる教育機関はなく、こうした学生に国は奨学金を出し、多くは、フィジーの南太平洋大学（USP）や、フィジー医学校（FSM）で教育を受けている。そのためこうした医療人材は、慢性的に不足しており、サービスを代替する看護師が保健医療サービスの中心をなしている。へき地や離島になるほど、この傾向は顕著である。
- ② 看護人材は、トンガ国で養成されているが、看護人材の質自身が保健医療サービスの質とって過言でないなか、卒前、卒後の看護教育に対する強化が強く望まれている。クイーンサロテ看護学校が老朽化して、学校施設として効率の悪い施設であると確認されたため、学校施設の改築、教育機材や図書強化などは、早急に解決されるべき問題であると思われる。
- ③ 看護師の現任教育に関しては、フィジー国、他の国々とも共通の現状と課題が確認できた。ドナー主導、課題別の現任教育が行われており、限られた人数が、国内・外の数日から数ヶ月の研修コースに参加するという形で行われている。こうした研修は、コストが高い割に、波及的な効果は期待できず、費用対効果が高いとはいえない。また、こうした研修コースと現任のポストに必ずしも関連がみられない研修も多く、研修の効果や効率という点で疑問が残る。
- ④ ただし、現任教育の場として利用できるスーパービジョンや、月に1度の地域看護師を集めての会議などは、行われていることから、現任教育の仕組みとして現任教育の「場」に関しては存在することが確認できた。
- ⑤ トンガ国での疾病構造が非感染症（NCD）を中心とした構造に変化してきていることから、コミュニティにおける生活習慣病予防の実践が重要になってきている。また、臨床との連携や、NCDの三次予防など地域保健看護師の役割がますます重要になってきている。

## 2-4 バヌアツ国調査結果

### 2-4-1 人的資源開発政策と計画

バヌアツ国では、2007年11月に人的資源開発の重要性をかんがみ、ドナーを含めた「Vanuatu National Conference on Human Resources for Health」が開催され、人的資源開発にかかわる様々な角度からの分析が行われ、今後の方針につき協議された。また、保健省のセクター改革については、AusAIDの支援を受けて、まず保健省の組織改革が行われた。人的資源開発に関しては、人事を行う「Human Resource Management Unit」と、人材養成や研修を扱う「Human Resource Development and Training Unit」が設けられ、人的資源開発に関しては、システムティックに、かつ、横断的にみていく体制の整備が開始された。

人的資源開発と管理に必要な、人的資源情報の整備も進められており、人的資源開発政策と計画の向上に資するものと期待されている。

### 2-4-2 保健行政

#### (1) 中央保健行政組織

2000年に保健省組織改革が実施されており、保健大臣、保健事務次官の下に、4局が配置された。政策策定、保健情報システム、予算計画、ドナー協調、人材雇用と育成事業を主業務とした計画管理局、各種保健サービスプログラムを担当する公衆衛生局、地方保健を担当する2局として、南部ヘルスケア局、北部ヘルスケア局という4局に整理されていた。南部ヘルスケア局（SHCGD）は、シェファ州、タフェア州、トップレファラルのビラ中央病院と1州病院、ヘルスセンターやディスペンサリーと中央メディカルストアを管轄し、北部ヘルスケア局（NHCGD）は、マランパ州、ペネマ州、サンマ州、トルバ州の、3病院とヘルスセンターやディスペンサリーを管轄する部局であった。

#### <保健省組織改革>

2008年現在、再度の保健省組織改革が検討されている。新しい組織においては、保健事務次官の下に3つの部が配置されている。すなわち、医療サービス提供全般に関する責任を負う医療サービス提供部（Department of Health Service Delivery）、公衆衛生サービス全般の責任部署である公衆衛生部（Department of Publish Health）、及び、これら2つのサービス提供部局の実施を促進・サポートするための計画及び事業サービス部（Department of Planning and Corporate Service）の3つの部に整理された。

医療サービス提供部の下に6つの州保健事務所及び、2つの三次医療病院〔Villa Central Hospital（VCH）とNorthern District Hosital（NDH）〕、が配置され、医療サービス全体の責任を負う体制となっている。公衆衛生部は、環境衛生ユニット、マラリア及び他の感染症ユニット、ヘルスプロモーション及び健康教育ユニット、家族保健ユニット、及び、医療情報・サーベイランス、救急及び災害防止と対策ユニットの5つのユニットで構成されている。計画及び事業サービス部は、財務ユニット、医療インフラユニット、人的資源管理監督ユニット、人的資源開発ユニット、医薬品供給ユニット、及び、政策・計画ユニットの6つのユニットで構成されている。

事務次官は、保健分野における国家レベルの3つの決定機関である保健省、国家保健評議会、及び、公的サービス委員会のそれぞれとの調整を行い、保健省内の3つの部局を統括

している。保健省内の最高決定機能として、保健省執行委員会（Ministry of Health Executive Committee: MOH\_ExCom）が設置された。この執行委員会は、事務次官、3つの部の部長が常任の委員となり、内容に応じて下のユニットや、地方事務所の長が招へいされる仕組みとなっている。

## (2) 地方保健行政組織

地方には6つの州に州保健事務所があり、新しい機構では、医療サービス提供部の監督下に置かれる。州保健事務所は、州保健事務所長が責任者であり、その下に、複数名のプログラムごとの責任者が配置されている。シェファとサンマにある三次病院は、直接中央保健省の医療サービス提供部の監督下にあつて、州保健事務所とは横並びの関係となっている。

## 2-4-3 医療人的資源開発分野の状況

### (1) 医療人材育成の状況

#### 1) 医療人材不足

表-9<sup>2</sup>は、2007年の保健省管轄下で働く医療従事者の内訳であるが、専門職者が非常に少ない。

表-9 保健者管轄下で働く医療従事者の内訳（2007年）

カテゴリー	ポスト数	充足数	不足数
管理者	171	122	49
医師	21	17	4
上級看護師	45	38	7
助産師	52	48	4
ナースエイド	58	37	21
Registered Nurse	95	91	4
General Nurse/Aid	265	179	86
薬剤師	13	11	2
栄養師	1	1	0
歯科医師	12	6	6
医療機器技師	2	0	2
臨床検査技師	17	14	3
麻酔科医	12	9	3
小児科医	16	14	2
放射線技師	12	10	2
薬剤師補助	6	3	3
その他	148	86	62
合計	946	686	260

出所：Draft Report, First Vanuatu National Conference on Human Resources for Health, MoH 2007

<sup>2</sup> 医療人材の数に関しては、出所ごとにその数が違っているため、正確な数という点では判断ができないが、おおよその傾向をつかむことはできる。

バヌアツ国の医療人材のなかで一番大きな問題が、看護師の不足である。後の項（2-4-4 看護師人材開発の現状）に詳しく述べるが、看護師と助産師を合わせて30%のポストが空席となっている。特に、ビラ中央病院の70の看護師のポストのうち、20が空席となっており、この体制では現任の看護師に多くの負担がかかっていることは、容易に推測できる。また、医師の数も少なく（17名）、これら医師は三次病院に集中し、他の州病院には、医師がほとんど不在である。トルバ州には州病院もない状況であるので、トルバ州には医師が1名もいない。

## 2) 医療人材の質の問題

医師養成は、フィジー医学校（FSM）や奨学金での国外教育のみで、近年多くの医師がそのまま国外で就労するため医師不足は解決されない。さらに、看護師の高齢化問題、へき地勤務を嫌っての退職など地域医療従事者の確保は重要な課題である。国内の現任教育システムや設備もなく、自国で技術・能力向上や専門医療の充実を図るには困難な環境である。

WHOの大洋州における医療人材調査（The migration of skilled health personnel in the pacific region, 2004）によるとバヌアツ国の医療人材育成の最大の弱点は、現任医療者の技術向上支援体制が整備されていないことにより、研修事業の効率・効果が低いと指摘されている。また、現行の保健省雇用システムでは、技術向上や労働に見合ったインセンティブが受けられないことが、医療者の離職や海外移住の促進の原因となっていると分析されている。

2007年3月にポートビラにて開催された大洋州保健大臣会合では、養成された医師や保健人材を国内にとどめるためのシステムを構築、現任者教育システム改善、医療者待遇の改善等が、喫緊の課題であると合議されたこともあり、医療サービス向上の優先課題であるといえる。

## (2) 医療人材の配置状況

バヌアツ国で2007年に開催された「National Conference on Human Resource for Health」によれば、バヌアツ国の保健省が管轄する保健人材のポストは全体で911あるが、そのうち人材が配置されているポストは620程度で、157のポストが契約ベースで雇用されており、270（30%）のポストが空席の状況である（表-10）。

特に、遠隔地にある医療保健施設での空席が多い。マランパ州での地域保健に係る空席状況は40%で最も高い。病院での空席が一番多いのは、ロロワイ病院で、60%のポストが空席の状況。こうした病院での空席は、サービス量と質の低下を意味し、こうした病院での利用率は大変低くとどまっている。表-11に病院ごとの病床占有率、平均在院日数を示す。これを見ても、病院に人的配置が少ないロロワイ病院の病床占有率が極端に低いことが分かる。

表－10 保健人材の配置状況

Categories	Establishment	Filled	Contracts	Vacancies
<b>Portfolio Management</b>				
Minister	0	0	1	0
Support Staff	0	0	16	0
<b>Ministry Executive</b>				
Director General	1	1	0	0
Director, PH	1	1	0	0
Director, NHCG	1	1	0	0
Director, SHCG	1	0	0	1
<b>Corporate Services</b>				
Director General	12	12	0	0
Director, PH	30	24	0	6
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>39</b>	<b>17</b>	<b>7</b>
<b>Hospital Services</b>				
Doctors	42	20	6	22
RN/SN/IC Nurse	162	130	21	32
Midwife	31	27	2	4
Nurse Practitioner	24	16	1	8
Others	305	186	42	119
<b>TOTAL</b>	<b>564</b>	<b>379</b>	<b>72</b>	<b>185</b>
<b>Community Health Services</b>				
Registered Nurse	102	90	20	12
Midwife	24	18	0	6
Nurse Practitioner	21	19	0	2
Others	131	73	40	58
<b>TOTAL</b>	<b>278</b>	<b>200</b>	<b>60</b>	<b>78</b>
<b>Public Health</b>				
Managers	6	0	0	6
Coordinators	4	1	3	3
Support Staff	13	1	5	12
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>21</b>
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>911</b>	<b>620</b>	<b>157</b>	<b>270</b>

出所 : HRD unit, MoH, 2007

表－11 病院ごとの病床占有率、平均在院日数

病 院	ベッド数	病床占有率 (%)	平均在院日数	1 病床に対する 1 カ 月間の平均患者数
VCH	152	50	4.3	3.5
Lolowai	30	16	3.7	1.3
NDH	104	38	3.6	3.3
Norsup	48	17	2.5	2.0
Lenake	47	32	3.9	2.5

出所：HIS, MoH. 2007

病院で働く人材は全体の60%、地域保健には30%で、残りの10%が中央レベルの行政機能に配置されている。

#### 2－4－4 看護師人材開発の現状

##### (1) 看護卒前教育

看護師の卒前教育は、ポートビラにあるVanuatu College of Nursing Education (VCNE)で行われている。1学年20～30名、3年間の教育機関であるが、教師の不足により毎年学生を取ることができず、不規則に入学させている。このため、毎年定年で退職する看護師数と、学校を中途退学する学生を合わせた数を補ってだけの看護師数を、排出することができない状況であり、看護師の不足は毎年広がっていく予測となっている。表－12は、看護師数の予測と、不足の予測である。単純な予測計算でも、2013年までに、200名以上の追加の看護師が確保できないと、人口1,000人当たり看護師2名という現時点における看護師と人口1,000人当たりの比率さえ維持できない状況である。

看護人材養成と確保は、バヌアツ国の保健医療セクターで喫緊の課題となっている。こうした看護師不足を補うため、9ヵ月で養成する看護助手 (Nurse Aid) のコースを開設したが、2004年に一度看護助手の養成が行われ9名の卒業生を出したのみで、以後、正式なコースは開催されていない。看護助手に関しては、看護法にも正式な位置づけがされておらず、養成に関しては、施設ごとに勝手に行われている状況であり、その質に関しての保証は何もないのが現状である。

##### (2) 看護卒後教育

看護卒後教育に関しては、助産師とNurse Practitionerのコースが開設されていたが、両コースとも2000年を最後に、財政的な理由から実施を中断している。ただし、フランス政府の援助を受け、北部サンマ州、セント島に新しい卒後教育のための看護学校が建設され、2009年から開始の予定である。教師は、VCNEから2名派遣の予定。

##### (3) 現任教育の進捗と課題

看護師の現任教育に関しては、フィジー国やトンガ国とも共通の現状と課題が確認できた。ドナー主導、課題別の現任教育は、バヌアツでも行われており、限られた人数が、国内・外の数日から数ヵ月の研修コースに参加するという形で行われている。ただし、そう

した機会も、フィジー国やトンガ国より少ない印象である。こうした研修は、コストが高い割に、波及的な効果は期待できず、費用対効果が高いとはいえない。そのため、研修の効果や効率という点で疑問が残る点も、他の2国と同じような状況である。また、臨床看護師においては、必ずしも臨床看護師全体に対し、研修機会が均等に与えられているわけではなく、一部臨床看護師長など、限定的な対象であることが問題となっている。

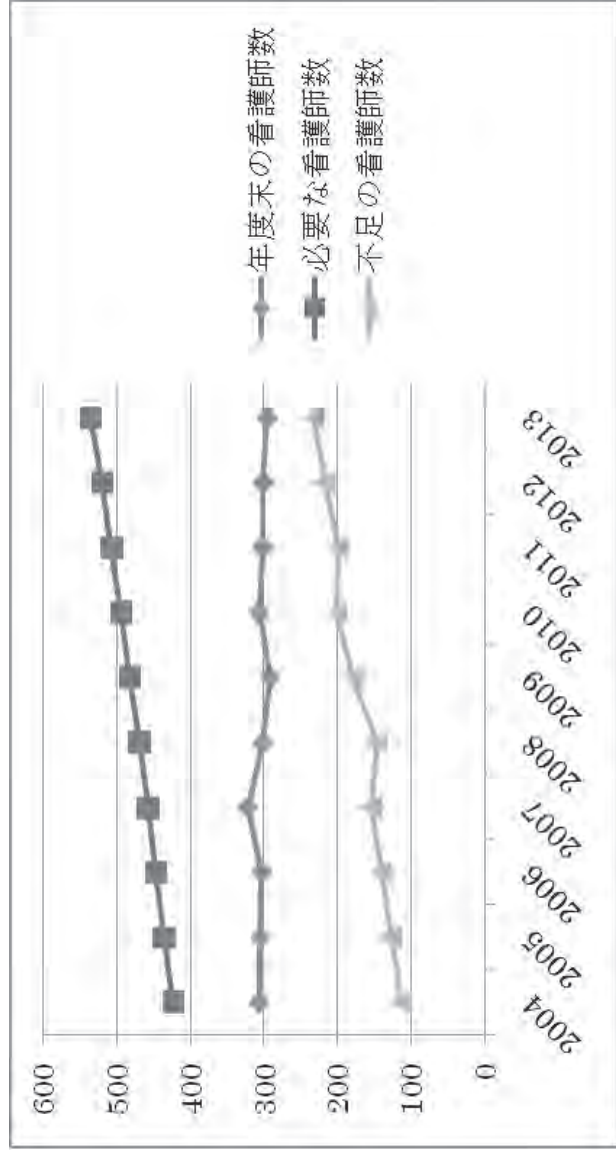
1つの州をゾーンに分け、ゾーンを担当する監督者には、定期的なスーパービジョンを行うことが義務づけられているが、実際には監督者にスーパービジョンの意識が低い、また、ロジスティックの問題があるなど、現実にはあまりスーパービジョンが行われていない。こうしたスーパービジョンがもし定期的実施されれば、こうした訪問を利用した現任教育が可能なため、仕組みとしての現任教育の「場」は存在し、利用可能であることが確認できた。現在、こうしたスーパービジョンは現在ほとんど行われておらず、現任の看護師たちは、自分たちのサービスの質がどの程度であるのかのフィードバックもなく、向上させていく術もなく仕事をしている状況である。



表一 12 看護師養成数と看護師不足数の予測

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
人口	212,241	217,759	223,421	229,190	247,305	247,579	254,016	254,016	260,620	267,396
人口増加率	0.026									
年度初めの看護師数	310	308	306	304	323	303	293	308	303	302
卒業生数	0	0	0	21	0	0	20	0	20	0
自然減 (定年 / 退学)	2	2	2	2	20	10	5	5	21	5
年度末の看護師数	308	306	304	323	303	293	308	303	302	297
必要な看護師数 *	424	436	447	458	470	483	495	508	521	536
不足の看護師数	114	128	141	154	147	180	202	200	218	233

\* 人口 1,000 人当たり必要な看護師数 2、出所：MoH RH working group



図一 2 看護師不足数の予測

#### (4) 看護師雇用と配置の状況

表-13は、保健医療施設における看護師のカテゴリー別の配置状況である。病院看護師が最も配置が少なく、4分の1のポストが空席となっている。地域に配属されている看護師については、おおむね足りている状況ではあるが、看護師の補助をしているNurse Aideも空席率が69%と高いことから、離島のディスペンサリーに1人で配置されている看護師が多いことがこれらの数字から推測できる。

表-13 看護師の配置状況

Categories		Establishment	Filled	Vacant
Hospital	Nurse Practitioner	21	17	4
	Midwife	29	28	1
	Nursing	186	140	46
Community Health Service	Nurse Practitioner	22	21	1
	Midwife	23	20	3
	Register Nurse	101	97	4
看護師合計		382	323	59
	Nurse Aide	55	17	38
看護師+NAの合計		437	340	97

出所：MoH HR working group

こうした看護師の空席率は、現在、バヌアツ国における看護師養成のキャパシティーが低いことから、将来的には、ますます大きくなっていく予測である。

#### (5) 看護学校（VCNE）の施設と問題点

ポートビラにある看護学校（VCNE）はバヌアツで唯一の医療関係の人材を養成する学校であるが、手狭で古い施設であり、教師の数も不足していることにより、その養成能力は大変小さい。フランス国際開発局（AFD）の協力により、現在、同じ病院敷地内に施設の建て直しを行っているが、1クラス18人程度の教室が2クラスの設備では、HRDが計画している看護学校の生徒数増員には対応しきれない状況である。また、卒後教育や保健省で計画している看護補助（Nurse Aid）の再教育や、養成についての対応は、ほぼ、不可能である。このような状況を考えると、看護学校として効果・効率の良い建物になるとはいい難い。バヌアツにおける看護師養成数の絶対的不足が今後の保健医療サービスの量と質に直接影響を与えることにより、当看護学校の教育機関としての養成能力の強化は、喫緊の課題といえる。

また、教師の数が5名と少ないことも養成キャパシティーの低さの原因となっているため、教師の数の増強、また教師の能力の向上も重要な課題である。

## 2-4-5 地域保健活動の概要

バヌアツ国の地域保健活動を調査するために、エファテ島にあるヘルスセンター（1名のNurse Practitionerが責任者で、他に助産師1名と看護師複数名が配置されている施設で、一次保健医療サービスを提供している）1カ所と、ディスペンサリー（看護師1名とNurse Aid 1名が配置され、地域保健サービス提供機関）2カ所を訪問した。以下は、調査の要旨である。

### 1) HC/ディスペンサリーの概要

「Panuagisu HC」はエファテ島にある2つのHCのうちの1つで、島の半分をカバーしている。その管轄地域には、3つのディスペンサリー（3つの島に1つ）があり、その3つを監督している。半年に一度、これらのディスペンサリーのスーパービジョンに出向くが、そのときの交通費は、支給されない。HCはサービスに対する外来受診登録料と分娩費用を徴収しているので、その収入の中から、こうしたスーパービジョンに係る費用を捻出する。HCは助産師の駐在が原則であり、分娩を取り扱う24時間対応である。1日10人前後の外来患者で、曜日ごとに決められた決まったスケジュールに従い、外来診療、地域巡回、コミュニティーでの健康教育などを行っている。

管轄地域内には、5つのエイド・ポストがあり、それぞれに2カ月の研修を受けたVillage Health Worker（VHW）が簡単な病気の投薬と傷の手当てなどを行っている。VHWとの関係は良好で、VHWの有用性を認識している。

ディスペンサリーには、通常1名の看護師が配置され、場合によっては、Nurse Aidが1名補助で配置されている。1つのディスペンサリーのキャッチメントの人口は、3,000人程度。スケジュールに従ってコミュニティーでの保健サービス活動を行っている。

### 2) 日常業務の問題点

2007年にAusAIDの技術支援で保健情報システム改善に取り組み、月間報告書の書式が新しくなったが、報告書記入の指導がなかったため、記入の仕方が分からない看護師が多い。コミュニティーでの健康教育/ヘルスプロモーションに関して、ヘルスプロモーション技術についての指導を受けたことのある看護師は少なく、有効な話し方をしているかどうかの自信がない。Rufaremanure dispensaryの看護師は、突然病院勤務からディスペンサリー勤務に配置換えとなり、全くオリエンテーションも受けておらず、職場にも一人のため苦勞があった。また、だれもスーパービジョンに来ない状態で、だれからも何のサポートもない。

### 3) スーパービジョン

「Panuagisu HC」の助産師は、1つのゾーンの監督者であるため、半年に一度のスーパービジョンを行っている。しかし、当HCに対しての州政府からのスーパービジョンは、ほとんど行われていない。ディスペンサリーの看護師は、2008年の6月に行われた新任看護師の総会に一度出たのみ。

#### 4) 現任教育/継続教育について

ドナー支援による課題別研修が実施されている。課題としては、EPI、報告書の書き方、マネージメント（患者）、リプロダクティブ・ヘルス（RH）、NCD（国連児童基金：UNICEF）、VHW's program（SCF）などであった。看護師全体に対する継続的で、定期的な勉強会や研修会の開催はない。

#### 2-4-6 バヌアツ国医療人的資源開発に係る課題のまとめ

- ① バヌアツ国の医療人材のなかで一番大きな問題が、全体的な量の不足である。特に、看護師数の不足（NAまで含めて97名程度の不足）が大きい。看護師の不足を補うため、定年後の看護師の再雇用も進んでおり、看護師の高齢化、看護技術の低下も問題となっている。また、保健医療施設における空席は、残りのスタッフでカバーする必要があるため、広範な知識や技術が看護師に求められている。医師に関しては、定員も少なく、現在17名の医師の大半は2つの三次病院に集中し、他の州病院には、医師がほとんど不在である。また、トルバ州には州病院もなく、医師も不在である。
- ② 看護人材の育成は自国で行われているが、その質に大きな問題を抱えている。また、学校のキャパシティーが小さいことにより、毎年学生を受け入れることができず、看護師の需要にその供給が追いついていない。2013年には、不足（人口1,000人当たり2名の看護師で計算）が現在より60%伸びる予測。
- ③ 看護の人材育成に関しては、フランス政府による学校の改築、教師の能力向上、WHOによるカリキュラムの改訂、看護法の見直しなどが積極的に行われているが、一朝一夕には解決していかない問題である。2007年暮れから、保健省とドナーが共同で、人材育成に関するワーキンググループをつくり、需要予測や、現状分析などを始めている。ただし、人材育成能力向上のための計画策定や、養成機関の強化などが効果的には行われておらず、こうした部分への支援が望まれている。
- ④ 看護師の量不足を補い、広範な技術を習得させるために、現任教育が重要となっているのがバヌアツの事情である。しかしながら、現任教育に関しては、ドナー主導、課題別の研修が地域保健師を対象に行われているのみであり、スーパービジョンすら行われていない。臨床看護師には、ほとんど現任教育を受ける機会が存在していない。スーパービジョンの必要性、現任教育のあり方、仕組みづくりなど、バヌアツでの活動は基礎からの出発といえる。そのため、長期的な視野、期間での取り組みが必要である。

#### 2-5 大洋州における海外援助機関の人的育成に関する動向

##### 2-5-1 世界保健機関（WHO）/西太平洋WHO事務局（WPRO）

WHOは大洋州地域への取り組みとして、マラリア、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）/後天性免疫不全症候群（AIDS）を含む感染症対策、結核、EPI、栄養対策等を重点課題としており、大洋州地域各国に対して、オーナーシップの確立、キャパシティー・ディベロップメント、ドナーからの援助資金の入手及びプログラム等のコーディネート力向上を目標としている。感染症対策では、JICA協調案件の日本-大洋州地域予防接種事業強化プロジェクト（J-PIPS）やフィラリア撲滅対策の大洋州リンパ系フィラリア撲滅計画特別機材供与プロジェクト（PacELF）を展開している。人材育成分野では、大洋州16カ国を広く対象としたPacific Human Resource for

Health Alliance: PHRHAを2007年12月に立ちあげた。PHRHAは、大洋州における保健人材育成プログラムの実施について、地域内調整機能をもったステアリング・コミッティーを結成し、域内各国の保健医療人的資源（HRH）活動情報の共有とドナー支援リソースの効率的な分配と活用を図り、長期継続的で持続可能な保健人材開発に取り組もうという大洋州地域国の保健人材育成促進のための協調同盟である。

## 2-5-2 オーストラリア国際開発庁（AusAID）

オーストラリア政府はAusAIDを実施機関とし、大洋州の保健セクターのマクロ政策をリードしており、1999年から各国でAusAIDの主導により地方分権化を主な内容とした保健セクター改革を実施してきた。現在は地方分権化後の行政能力向上への支援を行っており、保健省と共同で長期戦略や年間計画を策定し発表も共同で行うなど、その存在は他ドナーを圧倒している。フィジー国におけるAusAIDのプロジェクトの主なものは以下のとおり。

(1) 保健マネジメント改革プロジェクト（1999～2004年、予算7億4,000万円）

(2) 地方分権化に必要な管理能力強化を通じた保健サービス改善：①医療と地域保健サービスの効率的な統合のための組織改革と人材育成、②保健管理職の政策策定・マネジメント・評価能力の強化、③地方分権化のための保健サービス管理に関する研修、④関係法規等の作成能力強化を実施した。

(3) タベウニ（北部）地域保健プロジェクト（1999～2004年、予算8億2,000万円）

PHCなど地域住民の参加により保健サービスの向上と罹患率の減少：①保健システムの効果・効率の向上、②地域保健開発によるPHCの活発化、③人材資源開発のための保健職員や地域住民、保健ワーカーの研修、④レファラルシステム強化を実施した。

(4) 保健セクター改善プログラム〔2003～2008年、予算約400万オーストラリア・ドル（A\$）〕

保健省の計画策定、戦略及び工程実施支援をとおしての保健サービスの向上を目的に実施中である（2-2-3参照）。

(5) 以下の課題については、継続的に行われている事業である。

①コミュニティ開発：水と衛生プロジェクト

②看護教育支援：FSM協賛のEPIトレーニング

③非感染症疾病：ヘルスプロモーション（西部のみ）

トンガ国においてAusAIDは、1999～2007年に、保健省管理職のキャパシティー・ディベロップメントを目的として「Health Sector Planning and Management Project・HSPMP」にA\$810万を拠出し、現在最終報告書を作成中である。2008年は新規援助プログラムの「Health Sector Improvement Program」デザインを協議中で、詳細を2008年内に決定予定である。前回のHSPMPはバイオラ病院に集中した援助であったが、新プログラムは、保健分野全体を対象とし保健サービスデリバリーの向上と公衆衛生・コミュニティで活動するNGOとの連携による活動

を検討している。このプログラムは10年間継続で予算A\$1,000万の計画である。また「Community Development Scheme」によりHa'apai島群のUihaとHa'afeva島のHCにボートを供与した。

さらにNCD対策のコミュニティーやNGOへの活動支援を行う「Tonga Health Promotion Foundation」への財政支援や医療機器保守管理のためオーストラリアから技術者を派遣し、技術支援を実施している。

バヌアツ国においてもリーディング・ドナーであり、保健セクター全般に幅広く活動している。重点項目としてはマラリア及びヘルスシステム改善（情報、コミュニケーション、インフラストラクチャー、サーベイランス）をあげている。また保健省に財政支援及びドナー調整担当者を派遣している。現在活動中の主要プロジェクトは以下のとおりであるが、AusAIDは毎年プロジェクトを見直し、また実施も流動的なため期間が未定のまま継続しているものが多い。

- (1) VHWプログラム：1997年から実施のプログラム。VHWを養成し、地域保健の強化を目的とするプログラム。
- (2) Health Workforce Capacity：2006～2011年の実施期間で、ビラ中央病院にスペシャリストを派遣して専門医育成、病院機能の向上、人的資源の能力向上をめざす。
- (3) Pacific Malaria Initiative：2007～2011年の実施期間で、保健省の国家マラリア対策の強化を目的としたプログラム。

### 2-5-3 ニュージーランド国際開発庁（NZAID）

ニュージーランド国政府も、実施機関NZAIDを通じて、大洋州に広く支援をしており、フィジー事務所がWHOを通じて行う広域プログラムと、各国の事務所が行う二国間プログラムを実施している。人材育成分野にも積極的に援助を行っており、WHOを通じて2つの広域看護サービス・プロジェクト（総額450万ニュージーランド・ドル）を2008年7月、3年間の予定で開始している。このプロジェクトは、看護教育と看護サービスの質の向上を目的とし、看護学校への能力向上支援、看護師への卒前・卒後・現任教育の提供、遠隔地教育も含んでいる。ニュージーランド国政府は、フィジー国で2000年にクーデターが発生して以来、フィジー国に対する支援には慎重な姿勢を見せている。NZAIDは、フィジー国の不安定な政情を懸念しガバナンスを最重要課題としてあげているが、保健医療支援は、以下のプロジェクトが実施されている。

- (1) フィジー医科大学スタッフのマネジメント教育（2005～2007年、予算1億2,300万円）
- (2) HIV/AIDS母子間感染予防対策をUNICEFとの協調により実施

トンガ国においては、Queen Salote Nursing School の看護教育人材育成及びカリキュラム改訂支援について、Auckland University of Technology が支援を実施している。

バヌアツ国においては、教育を最重要項目としており、保健セクターでの活動はあまり活発ではないが、小規模プロジェクト枠組みとして、以下の活動を行っている。

(1) TBA（伝統的産婆）へのトレーニングを、タフエア州のタンナ島をパイロット地域として実施。

(2) コミュニティーレベルでのキャパシティー・ビルディング

(3) ニュージーランドへの医療従事者の留学奨学金（3カ月ぐらいの短期）

#### 2-5-4 フランス国際開発局（AFD）

ポートビラ市にある中央病院敷地内に看護学校の建設及び当該校への機材供与、また、ルーガンビル市の北部地区病院修繕計画を予定している。また、当病院に併設して新しい看護学校の建設も行う予定。こうした看護学校の建設のみならず、教師の能力強化をめざして、フランスやPNGの看護学校への留学も積極的に行っている。

#### 2-5-5 国連児童基金（UNICEF）

UNICEFは、大洋州諸国を対象として、小児疾患の統合的管理（特に5歳未満児を対象とした肺炎、下痢、栄養改善対策）と、HIV/AIDS予防対策で、特に母子感染の予防及び青少年の予防啓発活動をWHOと協調実施しているほか、EPI実施強化を支援している。

#### 2-5-6 大洋州共同体事務局（The Secretariat of the Pacific Community: SPC）

1947年に南太平洋委員会（South Pacific Commission）として設立された国際機関で、大洋州地域の生活向上を目的とし、技術支援、研修、調査研究を実施している。保健セクターにおいては特にHIV/AIDS、マラリア、流行性疾患、結核及び生活習慣病対策に重点的に取り組んでいる。本部は、ニューカレドニアのヌーメアにある

#### 2-5-7 太平洋諸島フォーラム（Pacific Islands Forum Secretariat : PIF）

大洋州地域16カ国（オーストラリア、ニュージーランドを含む）から成る国際機関である。同機関は、上記主要メンバーにより策定された大洋州地域共通のビジョンを象徴する「パシフィック・プラン」に基づき、大洋州地域を対象として「経済成長」、「持続可能な開発」、「良い統治」、「安全保障」の4つの観点から政策提言及び調査研究活動を行っている。保健医療分野では、上記「持続可能な開発」のなかで、とりわけ障害者対策を重要課題として取り組んでいる。また、2002年からHIV/AIDS対策にも取り組んでおり、毎年内容を更新している。看護教育に関しても、フィジー看護学校のカリキュラム改訂や教員のキャパシティー・ビルディングの支援等を精力的に展開している。

## 第3章 わが国の協力の方向性と妥当性

### 3-1 課題を踏まえた協力の必要性

大洋州における保健医療サービス分野の中心的な課題として、熟練医療技術者（Skilled Health Professions）の海外流出による慢性的な量の不足があげられる。医師や看護師の流出は特に大きな問題で、フィジー、トンガ、サモア、その他のポリネシアの国々で著しく、特に医師不足は顕著である。その医師不足を補うために、看護師による簡単な治療サービスやナースプラクティショナーによる代替サービスの提供、また、准医師（Medical Assistant）による医療サービスなどがこうした国々では行われており、特に、地域保健サービスにおいては、この傾向は顕著である。また、大洋州の国々においては、医療人材供給の能力そのものも小さく、こうした供給量自体の問題に加え、低い報酬レベルや、地方での貧しい仕事環境、また、へき地勤務のインセンティブの欠如などが重なり、特に、離島における医療人材の空席率や離職率も高い。医療人材の需要に見合った供給、仕事環境の改善などに対する政策的介入の弱さもこうした人材不足の一因となっている。

こうした医療人材の量の不足<sup>1</sup>は、サービスの質の低下の原因ともなっており、そのため大洋州の国々においては、健康指標の改善<sup>2</sup>、ミレニアム開発目標（MDG）の達成などが、なかなか進んでいかない状況である。また、大洋州島嶼国では結核やマラリア、デング熱といった従来型の感染症がいまだ大きな脅威であることに加えて、社会経済的な発展に伴って過去25年ほどで台頭してきた交通事故や暴力などによる外傷や死亡、また、糖尿病、高血圧、高脂血症に代表される生活習慣病も増加の一途をたどっている。こうした感染症と非感染症という健康の二重負担に対応していくための人材育成もこの地域においては重要な課題となっている。

こうした状況下の大洋州島嶼国における健康指標を改善していくために、また、医療費を抑制していく方向からも、予防を中心とした地域保健サービスの質の向上、そのための看護師や他の医療技術者の能力の向上、また、コミュニティにおける地域保健活動や個人への継続的支援の促進、及び、地域保健サービスと臨床医療サービスとの連携強化等が重要な課題となっている。

こうした課題に取り組むべく、各開発パートナーからの協力を得て、各国保健省は看護師への卒前・卒後教育の強化、国内・外での課題別現任研修等、様々な看護師の能力向上のための努力を行ってきている。特に、継続的な知識や技術の向上には不可欠な現任教育であるが、これまでは、特にドナー側の必要性和ファンドの有無に頼った研修であり、地域のニーズや個人のニーズに対応した計画性のある研修ではない。また、これら研修を受けた看護師から波及的に知識を伝達する仕組みなどは通常存在していない状況であり、これらの取り組みが効率的に行われているとはいえない。JICAの支援で平成17年から3ヵ年実施された「フィジー国地域保健看護師現任教育(IST)プロジェクト」における現任教育の仕組みとは、これまで実施されていたような「課題別」の、中央から「縦割り」で、対象を絞った現任研修とは考え方を異にし、現場の地域保健看護師を対象に、地域のニーズや個人のニーズのアセスメントを基に研修項目を設定し、研修に関連するツールを使いながら、全活動を地域ごとに行う仕組みのことを指している。このISTプロジェクトによって、こうした地域ニーズに根差した現任教育が看護師の能力向上や、意欲の向上に大きく貢献することが確認されたため、大洋州島嶼国の健康指標を改善していくための課題に中期的枠組

<sup>1</sup> メラネシア4国の人口1,000人当たりの医療人材密度は、2.5/1,000以下である。詳細は、第2章の表-2を参照。

<sup>2</sup> メラネシアの国々の健康指標が特に悪い。詳細は、第2章の表-1を参照。



みのなかで取り組むためには、地域保健サービスの担い手である地域看護師や臨床看護師の能力強化、特にJICA-ISTタイプの現任教育に焦点を当てた協力の必要性が確認された。

### 3-2 わが国の保健人材育成協力の方向性と本プログラムの整合性

(1) 保健分野の人材育成事業については、フィジー、トンガ、バヌアツの国別事業実施計画において、保健分野横断的課題を統合した開発課題の「地域保健医療サービス向上」の重要コンポーネントとして位置づけられている。

(2) 第4回島サミットにおいてわが国は、重要課題として「持続可能な開発」において保健分野における協力をあげており、大洋州地域の保健分野支援を表明している。

### 3-3 協力プログラム案（投入規模、期間）

#### 3-3-1 プログラム名

和文名：大洋州保健人材育成プログラム（仮称）

英文名：Program for Development of Human Resource for Health(HRH) in the Pacific Islands Countries and Territories（仮称）

#### 3-3-2 プログラム概要

以上のような様々な課題を抱える大洋州において、JICAのプログラム協力分野の上位の目標に「大洋州の国々における健康指標の改善」、また、中心的目標に「予防を中心とした地域保健サービスの質の向上、また、サービス利用の拡大」を置くことが適当であると判断された。そうした中心目標の達成に重要な重点分野としては、**看護師や他の医療技術者の能力の向上、また、コミュニティにおける地域保健活動や個人への継続的支援の促進や地域保健と臨床医療サービスとの連携強化等**が、投入規模、援助機関、他の開発パートナーとの協調の面から考えて適切であると思料され、かつ中心目的に大きく寄与すると判断された。また、戦略的アプローチとして、**地域や個人のニーズに合った現任教育の仕組みづくりと実践**が最も有効であると考えられることから、地域医療を担う看護師への実践的現任教育を中心に据えたプログラムづくりを行った。目的、重点分野、戦略的アプローチの関係は図-3に示す。

こうした取り組みは、単に地域保健サービスの向上に貢献するのみならず、島嶼国のアクセスが困難な条件のなか、昼夜を問わずコミュニティに対し保健医療サービスを提供する地域医療人材への精神的支援効果が期待でき、へき地や離島勤務者の孤立防止と精神的疲労を原因とする離職の防止、ひいては、海外への人材流出などを抑制することに貢献することが期待できる。長期的には、現任教育の政策策定、へき地勤務者の優遇政策策定、また、適正なスキルミックスの策定など、医療人材政策策定にも貢献していくことをめざしている。

#### 3-3-3 プログラム期間

期間は10年くらいの期間を想定。

### 3-3-4 プログラム目標（案）

看護師を中心とする地域保健医療サービス供給者の管理能力や技術的な能力向上、効率性の向上を通じて、大洋州における地域保健サービスの質的な向上とサービス利用の拡大が達成される。

### 3-3-5 プログラム成果（案）とインプット（案）

**成果1**：フィジー国、トンガ国、バヌアツ国において現任教育が機能する。

**インプット案**：技術協力プロジェクト：大洋州看護師現任教育プロジェクト（仮称）

**成果2**：上記プロジェクトが更に拡大した形で、保健人材の能力向上のための現任教育が複数の国で機能する。

**インプット案**：上記技プロの3カ国を拠点とした他の国への展開：第三国専門家、第三国研修、専門家派遣

**成果3**：感染症対策広域プログラムが自立発展的に実施されるために必要な人材が、継続的に育成される。

**インプット案**：技プロフォローアップ、第三国研修、地域別研修

**成果4**：生活習慣病対策が実施されるための支援がされる。

**インプット案**：生活習慣病対策のための支援：地域別研修

**成果5**：現場レベルでの現任教育が拡大、定着する。

**インプット案**：青年海外協力隊（JOCV）派遣

**成果6**：看護教育に必要な施設・機材が強化される。

**インプット案**：トンガ看護学校改築と機材整備、バヌアツ国看護学校改築と機材整備、他の国における研修場所の整備、Pacific Open Learning Health Net（POLHN）への支援：無償資金・草の根資金協力、看護基礎教育への支援：SV派遣

**成果7**：人的資源開発における制度・政策に関する整備を推進しているPacific Human Resource for Health Alliance（PHRHA）の事業への貢献が行われる。

**インプット案**：広域専門家、開発調査（在外開調）

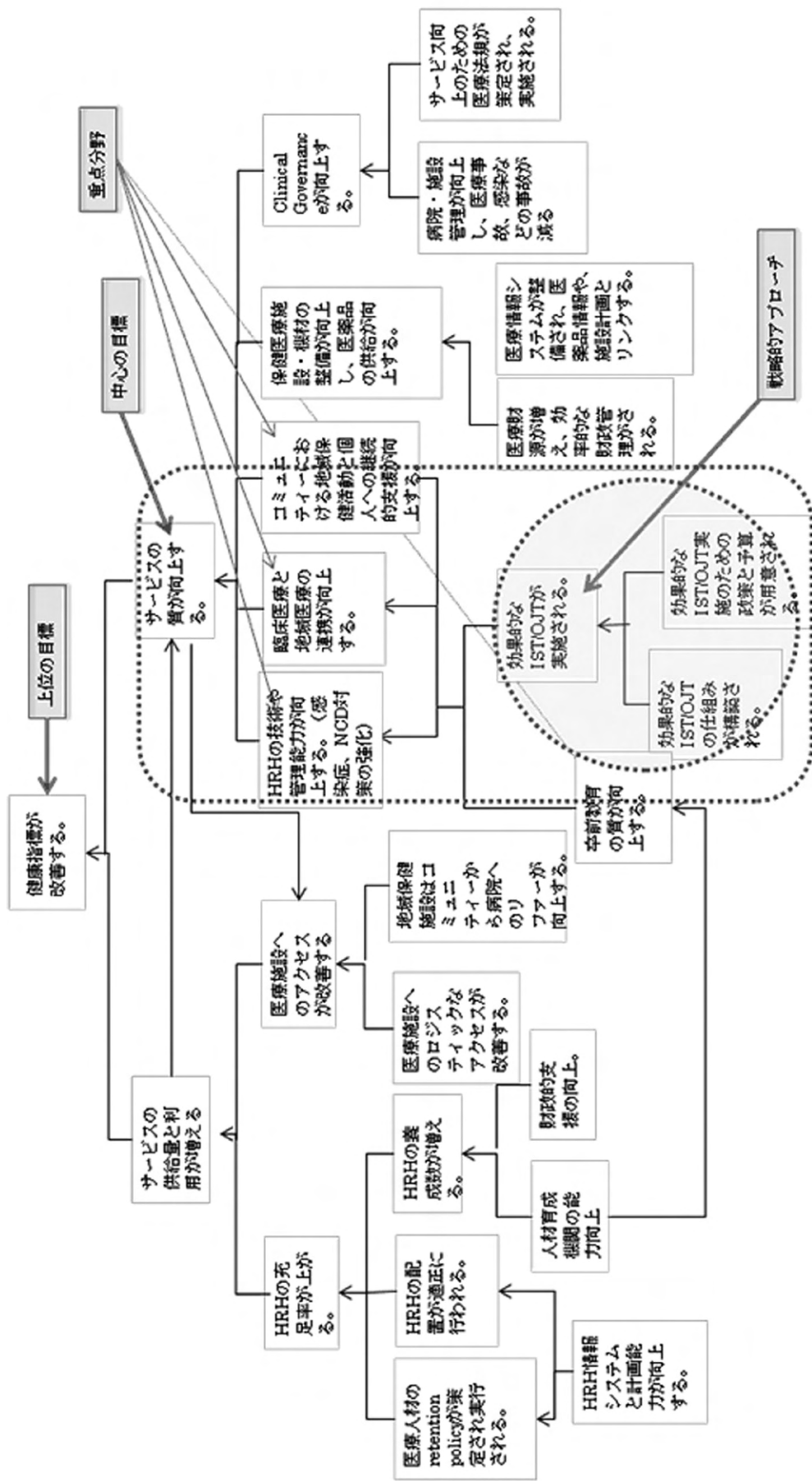


図-3 プロジェクト目的関係図

## <成果案の背景と目的>

### **成果1：現任教育プロジェクト（フィジー、トンガ、バヌアツ）**

2010年から3年の実施期間で、対象国は、フィジー、トンガ、バヌアツの3国とする。地域保健現場のニーズに基づいた継続的看護教育の実施と運営を目的とし、効率的な現任教育の仕組みづくりの構築と、現任教育のためのツール開発、指導者育成の実施による看護師の能力向上などを成果とする。詳細は、3-5を参照。

### **成果2：技プロの3ヵ国を拠点とした他の国への現任教育強化の展開**

大洋州には、数多くの看護養成学校をもたない小国が存在し、こうした小国においては、継続的な教育に関して大変限定的な状況である。コンポーネント1で実施された現任教育の仕組みは、このような養成学校をもたない小国にとっては現実的で効果的なアプローチであることから、現任看護師の能力強化には、大変有効であると思われる。このコンポーネントに関しては、第三国専門家派遣や、第三国研修などのスキームを適用する。こうした小国への協力においては、開発パートナーとの協調も重要な要素であることから日本人専門家による調整も考慮する。対象国としては、今回の技術プロジェクトの対象国（フィジー、トンガ、バヌアツ）のフォローアップも含め、開発パートナーとの話し合いに基づいて決定する。

### **成果3：感染症対策広域プログラムの継続的支援**

大洋州地域において現在実施中の感染症対策関連の技術プロジェクトは、感染症対策プログラムのJapan-Pacific Immunization Programme Strengthening: J-PIPS（広域）、Pacific programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: PacELF（広域）、ソロモン国マラリアプロジェクトなどである。こうした協力も2010年までに順次終了する予定であることから、今後この分野の継続的な協力を本プログラムに位置づけ、地域医療サービスの担い手である地域保健看護師などの人材の能力向上を通じた感染症対策の強化を行っていくことを提案する。スキームとしては、技術協力フォローアップ、第三国研修、又は、本邦での地域別研修などを活用する。

### **成果4：生活習慣病対策のための支援**

大洋州地域で増加の一途をたどっている生活習慣病、その結果としての心血管病対策のための効果的、及び効率的な実施戦略が今大洋州でも早急に求められている。日本における生活習慣病対策に学ぶものは大きく、大洋州の非感染症（NCD）対策を促進する目的で、地域別研修が本邦において、2009年から3年の実施予定で準備が進められている。当研修は、9ヵ国を対象に実施される。こうした研修プログラムを活用しながら、大洋州での生活習慣病のための対策を進めていく。

### **成果5：JOCV派遣による技術協力**

コンポーネント1、及び2のフォローアップとしてJOCV（保健師）を派遣して制度の拡大や定着を支援する。特に、トンガ国、バヌアツ国への投入は重要である。

## 成果6：トンガ国クイーンサロテ看護学校の改善、バヌアツ国ビラ看護学校その他の研修場所の整備、POLHNへの支援

トンガ国のクイーンサロテ看護学校は、保健省管轄の看護師養成機関である。看護教師が6名しかいない等、小規模の看護師養成機関。看護学校の生徒、3学年80余名に対して、教室が2つ、実習施設は大変貧弱であり、図書室や参考書類も貧弱なものでしかない。建物の老朽化が進み、教育機関として大変不十分な施設である。こうした状況のなか、卒後教育の実施は困難な状況。看護教員の職場環境としても、生徒の教育環境としても大きな改善を必要としている施設で、現行のままでは、教育の意欲、ひいては教育の質にも影響するものと思われることより、当看護学校の改築・改修をプログラム化のスコープに入れることを提案する。

ビラ看護学校は狭小で、設備の不十分な施設であることから、フランス政府の支援により、ビラ中央病院敷地内に新校舎を建設中で2009年上期には完成予定である。しかしながら、予算的制限から、18人収容を想定した教室2クラスのための建設予定で、現在、人的資源開発部（HRDTU）が計画する看護師人材養成計画に対応できるものとは考えにくく、また、看護助手（Nurse Aid）の再教育と新たな養成も重要な課題であるが、このような看護学校の養成能力を考えると対応は難しい状況である。以上のことより、更に施設拡大などの対応に迫られることが想定されるため、当看護学校の施設拡大に対する援助の可能性を検討する。

看護の質の向上には、卒前教育の質の向上が欠かせないと考えるが、現在の教員規模と能力では限界があることから、教員育成支援を目的としたシニアボランティア（SV）の派遣も一案と考える。バヌアツ国の看護学校については、プロジェクト対象3国のなかでも一番問題が見られるため、早急な派遣が望まれる。

世界保健機関（WHO）が事務局となって、各開発パートナーや大洋州の国々からの拠出金で、医療人材へのオン・ライン教育POLHNが開始されている。現在、1コース30名前後の受講者が16のコースを受講し、卒前教育から卒後教育までの教育機会の恩恵を受けている。1年間のオペレーションに2億円を必要とするが、現在のところその半分の資金で運営している状況である。こうしたオン・ライン教育を無料で受けられることから、そのデマンドは高いが、その全部に応えることはできない状況である。将来的なPOLHNの拡張のためには、新たな財政的援助、その他の援助を必要としていることより、日本からの支援の可能性も検討する。

## 成果7：本件プログラムの成果の、現任教育の制度化、Retentionポリシー、Quality improvement ポリシー整備など、人的資源開発における制度・政策に関する整備を推進しているPHRHAの事業への貢献

プログラム期間の後半にかけ、本プログラムのインパクトを測りながらエビデンスを集め、現任教育の重要性、その仕組みやキーコンポーネントをPacific Human Resource for Health Alliance（PHRHA）などを通じて、参加国に情報として伝達し、参加国での現任教育への取り組みを推進し、制度設計支援を行う。また、プログラム終了後の日本からのこの分野での協力の方向性を策定する。広域専門家、又は、開発調査による支援を想定。

### 3-4 協力にあたっての留意点

- (1) 大洋州全体の医療人材の政策に合致したプログラム実施をめざす。
- (2) オーストラリア国際開発庁 (AusAID)、ニュージーランド国際開発庁 (NZAID)、WHOなど他の開発パートナーとの協調、進捗の報告、意見交換などを定期的に行う。PHRHAの年次総会での活動報告はプロジェクトの進捗状況や経験の共有を図るための機会として有効に活用すべきである。
- (3) 日本側専門家の技能としては、教育者としての技能、情報通信技術 (ICT)、教材開発、地域看護、保健行政/保健情報整備、などの技能を想定している。

### 3-5 技術協力プロジェクト案概要

#### 3-5-1 プロジェクトの背景

##### (1) JICA-ISTプロジェクトの取り組み

JICAの技術協力プロジェクトとして2005年から3年間の期間で実施された「フィジー国地域保健看護師現任教育プロジェクト」は、フィジー中部地方において地域保健看護師の業務管理能力が現任教育を通じて向上することを目標に実施され、その目的をおおむね達成することができた。本件プロジェクトの活動により、地域保健看護師が取得すべき能力や現任教育の手法の標準化がなされ、ディストリクトレベルでの現任教育の仕組みが新たに構築された。しかしながら、こうした新たな仕組みが定着し、正しく機能するためには、ある程度の期間を通じての根気強い継続的なサポートがされていかなければ難しい。本件プロジェクトのフォローアップ調査からも、同様の結論が導かれており、同現任教育システムのスムーズな運営が達成されるよう、JICAの継続的なサポートが期待されている。

##### (2) 大洋州地域としての共通性

大洋州にある島嶼国には、島嶼国ならではの社会・経済面で共通の問題や課題があり、また、ニュージーランドやオーストラリアとの関係においても共通の事情が存在する。大洋州全体の医療セクターをみたとき、熟練医療技術者の海外流出、離島という事情より発生するコスト高の地域医療サービス、難しい仕事環境での医療技術者の高い離職率など大洋州の国々は共通の悩みを抱えている。こうした事情のなか、フロントラインで地域医療を支えている地域保健看護師の能力向上は、どの国にも共通して健康指標の改善に大きなインパクトを与えることが期待できると考え、できるだけ広範に対象国をとるよう方向性を定めた。また、看護分野においては「Pacific Nursing Association」を軸にした交流が盛んで、看護教育については大洋州域内標準化をめざしている背景もある。

一方で、本件プロジェクトの対象である地域保健看護師、看護指導者の数を大洋州全域でみると膨大な数となることより、実施期間や投入に限りがある一プロジェクトで全域をカバーすることは困難である。そのため、日本側の投入規模、事務所所在などの条件と、相手国のプロジェクト実施への意欲、地域的バランス、フィジー保健セクターとの類似性などいくつかの視点から、対象国はフィジー国を含め3カ国に絞ることとした。

### 3-5-2 プロジェクトの目的

本件プロジェクトは、フィジー国、トンガ国、バヌアツ国を対象とし、現任教育を通じて地域保健サービスを提供する看護師、医療人材の能力向上を目的とする。

### 3-5-3 プロジェクトでの現任教育のとらえ方

本プロジェクトで使う現任教育のとらえ方と、英語名称につき、それぞれのプロジェクト対象国で誤解を招かないよう明確にする必要がある。本プロジェクトで使う現任教育とは、卒後教育の一環において、教育機関で行われる正規の卒後教育や、1ヵ所に召集しての課題別研修やワークショップを意味せず、地域での職場、又は、職場に近い場所で行われる集団、又は、個人に対する定期的な勉強会や研修を指す。SupervisionやPerformance evaluationといった通常行われている指導者と現任のサービス提供者との間の仕組みを活用しながら行われる教育を指している。英語名称としてはIn-Service Training (IST) に統一することとする。

現任教育の仕組みとは、具体的には、中央保健局（看護部）、地方保健局（看護部）のそれぞれの責任と役割を定め、専任職員を1名配置し、具体的な活動項目設定と関連する複数ツールの開発、現任研修活動、及びそのモニタリング活動までの一連の活動を実施していく体制を意味する。

### 3-5-4 対象3国についての協力妥当性

プロジェクトの背景でも述べたように、フィジー国での現任教育への支援は効果をあげ、発展的に他の地域でも、現場における現任教育が始まっている。しかしながら、こうした新しい仕組みが定着し、モニタリング等も含め効果的に機能するまでには、長期にわたる技術支援や後押しが必要であることが確認されたため、フィジーでの継続的な支援は妥当性が高い。残りの2ヵ国については、WHOが行った大洋州看護教育にかかわるマッピングエクササイズ調査結果を基に、当分野支援を必要とし、かつ、支援の成果が期待できるある程度の実力を備えた国として、トンガ、バヌアツ、キリバスを優先国と考えるのが妥当であろうとの意見であった。今回の調査において、各国の保健情報分析や現地調査を通じて、トンガ国、バヌアツ国において現任看護師の能力強化の必要性とプロジェクト実施の意向を確認できたこと、及び、自国に看護学校があるなどフィジーとの共通点、JICA事務所の所在などを考慮し、トンガ国、バヌアツ国を対象とするのが妥当であるとの結論を得た。

### 3-5-5 プロジェクト概要

(1) 実施期間：3年＋フォローアップ

(2) 実施方法：国際看護系大学ネットワークの活用を検討

(3) 実施体制・投入：各国に1名ずつ長期専門家を配置する。フィジーの専門家はキャパシティー・アセスメント（CA）を兼ね、調整員1名を配置。複数の短期専門家、小規模な機材（教育マテリアル、参考書、その他）、ロジスティックサポートなど。

(4) 各国における対象地域、成果及び活動、留意点

1) フィジー

- a) プロジェクト対象地域: 全域を対象とするが、特に、西部・北部、及び、東部に重点を置く。
- b) プロジェクト対象者: 看護指導官、地域保健看護師、臨床看護指導官 (Sub-Divisional level)、臨床看護師 (Sub-Divisional level)
- c) プロジェクト成果
  - ① 西部、北部、東部における現任教育が機能するための仕組みの整備がされる。
  - ② 全域で看護指導者の職能力基準 (Competency Standard:CS) / 職種別業務基準策定と、能力強化のための研修が実施される。
  - ③ 全域で研修実施及びモニタリングが強化される (広域におけるモニタリング)。

d) プロジェクト活動

**成果1の活動**

地域のニーズに対応した現任教育の仕組みづくり。具体的には、IST Coordinatorの配置及び地方保健局でのISTガイドラインの承認。ドナー、保健省の研修計画の整理。ベースライン調査の実施。

**ベースラインの調査目的:** 看護師、及び看護指導者の能力のアセスメントを行い、プロジェクト実施効果の評価資料とするほか、アセスメント結果はニーズ把握の情報として活用できる。

**成果2の活動**

看護指導者と次期指導者を確定し、看護指導者の能力基準 (指導のためにどのような知識・技術が必要とされているのかの同定) につき、保健省看護部、地域保健局、看護学校の間で話し合いをし、看護指導者の基準づくり、能力のアセスメント、能力強化のためのカリキュラムづくり、年間計画などを行う。教育の拠点になる看護学校との連携を構築し、指導者の能力強化のための講師派遣研修会、又は、指導者同士の勉強会等を実施。地域看護部と看護学校の連携強化を促す。

**成果3の活動**

看護指導者による地域保健看護師の能力基準アセスメントと協議、地域データ分析、現任集団研修年間計画立案 (四半期ごと)、集団研究やコーチングの実施、各レベルから下のレベルへのモニタリング。看護学校から指導者へのモニタリング、評価。

年に1度、3カ国合同のモニタリング会議に参加し、1年間の計画と成果につき発表、意見交換を行い、次年度の計画に反映させる。

2) トンガ

- a) プロジェクト対象地域: 全域



b) プロジェクト対象者

**看護師**

トンガ国の看護師の全体数も多くなく、看護師全体の能力向上を1つのプロジェクトでめざすことが可能であることから、地域保健を担うSenior Public Health Nurse (S/PHN) 及びHealth Officers (HO) を対象に含め、また、病院勤務の臨床看護師も対象とする。

**看護指導者**

看護指導者3名 (Nursing Supervisor)、看護学校の教員6名、バイオラ病院の総師長と各病棟ごとの看護指導者 (Supervisors) が中心になる。また、地方のS/PHNのなかから指導者を選んで指導者研修を実施する。

c) プロジェクト成果

- ① 全域における現任教育の仕組みの整備、ツールの策定、ベースライン調査が実施される。
- ② 全域で看護指導者の職能力基準 (Competency Standard:CS) /職種別業務基準の策定と、能力強化のための研修が実施される。
- ③ 全域で現任研修実施及びモニタリングが実施される (広域におけるモニタリングも)。

d) プロジェクト活動

**成果1の活動**

ISTの仕組みとしては、3つの地域における看護指導者を同定し、地域看護師、臨床看護師、Health Officer (HO) の職能力基準 (Competency Standard:CS) 及び職種別業務基準の策定や業務記録管理のためのガイドラインなど現任教育のためのツールを策定する。中央でのIST Coordinatorの配置及びISTガイドラインの承認。ドナー、保健省の研修計画の整理。ベースライン調査の実施。

**成果2の活動**

看護指導者と次期指導者を確定し、看護指導者の能力基準 (指導のためにどのような知識・技術が必要とされているのかの同定) につき、保健省看護部、病院看護部、看護学校の間で話し合いをし、看護指導者の基準づくり、能力のアセスメント、能力強化のためのカリキュラムづくり、年間計画などを行う。教育の拠点になる看護学校との連携を構築し、指導者の能力強化のための講師派遣研修会、又は、指導者同士の勉強会等を実施。

**成果3の活動**

既存の地域看護師・HOを集めての月1回の定例会議などの機会を活用し、看護指導者 (3つの地域の) による地域保健看護師・HOの能力基準アセスメントと協議、コーチング、地域データ分析を行う。中央保健省から四半期に1回のスーパービジョンを活用し、現任集団研修年間計画立案 (四半期ごと)、集団研修を実施。その他、地域ごとの現任研

修状況のモニタリングも行う。看護学校から指導者へのモニタリング、評価も実施する。

臨床看護師に対しても同様の能力基準アセスメントと協議、コーチング、現任集団研修が各施設で実施される。

年に1度、3カ国合同のモニタリング会議に参加し、1年間の計画と成果につき発表、意見交換を行い、次年度の計画に反映させる。

### 3) バヌアツ

a) プロジェクト対象地域：北部：サンマ州、南部：シェファ州（保健省との検討課題）

b) プロジェクト対象者

#### 看護師

バヌアツ国は看護師の全体数が小規模であることから、看護師全体の能力向上を1つのプロジェクトでめざすことが可能であるので、地域保健を担う看護師及び、病院勤務の臨床看護師も対象とする。ただし、看護助手（Nurse Aid）はその基礎学力が看護師と違い、医療人材としての資格はもたないことから、本件プロジェクトの対象としない。

#### 看護指導者

各州の中のゾーンごとの看護指導者（Supervisors）、病院においては、各病棟の責任者を看護指導者とする。（例）シェファ州では、4つのゾーンがあり、Supervisorが1人ずついる。ワードは、10名以下であるので、指導者の数として、この州には12～13人程度。

c) プロジェクト成果

- ① 全域における現任教育の仕組みの整備、ツールの策定、ベースライン調査が実施される。
- ② 全域で看護指導者の職能力基準（Competency Standard:CS）/職種別業務基準の策定と、能力強化のための研修が実施される。
- ③ 全域で現任研修実施及びモニタリングが実施される（広域でのモニタリングも）。

d) プロジェクト活動

#### 成果1の活動

ISTの仕組みとしては、2州における看護指導者を同定し、地域看護師、臨床看護師の職能力基準（Competency Standard:CS）及び職種別業務基準の策定や業務記録管理のためのガイドラインなど現任教育のためのツールを策定する。州ごとのIST Coordinatorの配置及びISTガイドラインの承認。ドナー、保健省の研修計画の整理。ベースライン調査の実施。

#### 成果2の活動

看護指導者と次期指導者を確定し、看護指導者の能力基準（指導のためにどのような知識・技術が必要とされているのかの同定）につき、保健省看護部、病院看護部、看護学校の間で話し合いをし、看護指導者の基準づくり、能力のアセスメント、能力強化のためのカリキュラムづくり、年間計画などを行う。教育の拠点になる看護学校との連携

を構築し、指導者の能力強化のための講師派遣研修会、又は、指導者同士の勉強会等を実施。南部は、エファテ島の看護学校、北部は、Santo島の新しい看護学校を巻き込み、北部と南部に分けて研修を行う。Santo校は新設のため、学校としての基本的な機能構築のための技術支援も考慮する必要がある。

### 成果3の活動

地域看護師を集めての月1回の定例会議などを行い、看護指導者（ゾーンごと、病院ごと）による看護師の能力基準アセスメントと協議、コーチング、地域データ分析、病院情報分析を行う。州保健事務所から半年に1回のスーパービジョンを活用し、現任集団研修年間計画立案、集団研修を実施。その他、地域ごとの現任研修状況のモニタリングも行う。看護学校から指導者へのモニタリング、評価も実施する。

臨床看護師に対しても同様の能力基準アセスメントと協議、コーチング、現任集団研修が各施設で実施される。

年に1度、3ヵ国合同のモニタリング会議に参加し、1年間の計画と成果につき発表、意見交換を行い、次年度の計画に反映させる。

#### (5) 事前評価調査での留意点

- ① 本プロジェクトの対象国であるフィジー国、トンガ国、バヌアツ国においては、それぞれに特異の看護行政組織と指示命令システムがあり、そのため、3国をひとくくりにして、実施体制を同じとしたプロジェクトを策定することは難しい。それぞれの国の行政組織の違いを反映し、実施体制、実施対象地域、プロジェクト被益者などに違いがあることを確認する必要がある。
- ② 現任教育プロジェクトとしての効果を測るために、プロジェクト開始時の看護指導者、指導の対象となる看護師の能力をアセスメントしておくことが重要である。また、看護師、看護指導者のニーズアセスメント（サンプル調査）を行う。〔これまでドナー主導で行われてきた現任教育のやり方と、当プロジェクトのやり方の費用対効果の差を示すことは、現任教育の国の方針を判断するときに重要である。そのため、これまでのドナー主導の現任教育のインパクトについての調査（費用対効果につき）の実施を検討〕
- ③ 現任指導者の高齢化を考慮し、次世代の指導者養成も視野に入れ、幅広い指導者育成を心がける。そのためのSuccession Planning強化も併せて支援する活動を入れる。
- ④ 看護学校による継続的な現任指導者育成をひとつの成果とし、看護学校のプロジェクトへの巻き込み、看護部との連携強化を支援する活動を入れる。
- ⑤ 広域プロジェクトとしての利点を生かすため、フィジーで育った現任教育指導者や、IST調整員による他の2国への支援を可能な限り行う。また、年に1度のプロジェクト会議などを通じて、プロジェクトの活性化や向上をめざす。また、PHRHAでのプロジェクトの成果報告などを通じて、大洋州全体の現任教育に向けて働きかける。

表一14 3国プロジェクトフレーム比較表

	活動レベルの項目	フィジー	トンガ	バヌアツ
対象地域		全域、特に、西部、北部、及び東部に重点を置く	全域	北部地域、南部地域から1～2州を選定
対象者		看護指導官（地域保健、臨床） 看護師（地域保健、臨床）、PN、MW	看護指導官（地域保健、臨床） 看護師（地域保健、臨床）、 Health Officer、PN、MW	看護指導官（地域保健、臨床） 看護師（地域保健、臨床、PN、MW）
カウンターパート機関		保健省看護部	保健省看護部	HRD & T Unit
プロジェクト期間			3年（2010-2012）	
プロジェクト目標		フィジー国、トンガ国、バヌアツ国を対象とし、現任教育を通じて地域保健サービスを提供する看護師、その他の医療人材の能力が向上する。		
プロジェクト成果1	中央レベル			
活動 1-1	IST 調整員の配置	—	◎	◎
活動 1-2	IST ガイドラインの承認	○（西、北）	◎	◎
活動 1-3	ドナー/保健省の研修計画整備	—	◎	◎
活動 1-4	ベースライン調査	◎	◎	◎
プロジェクト成果2	中央レベル			
活動 2-1	看護師のCS/職業別業務基準策定	—	◎	◎
活動 2-2	指導者・次期指導者の選定	—	◎	◎
活動 2-3	看護指導者CS/職業別業務基準策定	◎	◎	◎
活動 2-4	指導者の能力アセス、研修カリキュラム、計画づくり	◎	◎	◎
活動 2-5	指導者研修（看護学校との連携）	◎	◎	◎
プロジェクト成果3	対象地域レベル			
活動 3-1	看護指導者による看護師の能力アセスメントとコーチング	○	◎	◎
活動 3-2	現任集団研修年間計画立案	○	◎	◎
活動 3-3	集団研修、継続的個人へのコーチングの実施	○	◎	◎
活動 3-4	現任研修のモニタリングシステムの構築とモニタリング	◎	◎	◎
活動 3-5	3カ国合同のモニタリング会議	◎	◎	◎
活動 3-6	PHRHAの年次総会出席	◎	◎	◎

注：◎：新規の活動、○：新規ではない活動、—：既にされている活動

指 標

	量的指標	質的指標	外部条件・リスク
プロジェクト目標：フィジー国、トンガ国、バヌアツ国を対象とし、現任教育を通じて地域保健サービスを提供する看護師、その他の医療人材の能力が向上される。	能力アセスメントの平均値が上がる。 地域保健サービス量（EPI、MCH、OPDでのNCDの発見率、など）	地域看護師のマネジメント量の変化 研修生の感じる指導官の能力向上効果判定 関係者の意識の変化、感じる効果	労働条件、社会環境が悪化しない。 給与基準が下がらない。
成果1：現任教育が提供されるための仕組みが整備される。	ガイドライン策定と承認 現任教育の年間計画策定有無	—	—
成果2：看護師、看護指導者の能力基準/職業別業務基準策定と、能力強化のための研修が実施される。	CS/職業別業務基準策定の有無 研修計画の有無 研修回数と、達成度（予定数に対する実際の回数）	—	感染症対策プログラムの活動量や、不慮の病気のアウトブレイクなので、看護師の活動量が極端に増えない。
成果3：対象地域で現任研修が実施され、モニタリングが強化される	研修回数と、達成度 モニタリング回数、達成度	—	保健財政が悪化しない。
			前提条件 労働条件、社会環境が悪化しない。

