

課題番号 : 24指3

研究課題名 : アジアおよびEMBRACEモデル国を中心とする保健医療職のスキルミックスに関する研究

主任研究者名 : 明石秀親

キーワード : 看護職、資格認定、登録、助産ケア、コンピテンシー、DHS、MMR、教育年限、助産師

研究成果 :

1) 看護職の役割を規定する社会的要因に関して:カンボジアの継続教育は、実地研修によって実施されている。研修に関する報告システムは、州レベルから国レベルまで設定されているが、その内容は標準化されていない。ラオスでは既に職務に就いて5~8年の経験を持つ看護師が2年半の課程で学んで学士看護師の資格を取得できるが、これを継続教育としている。ベトナムにおける看護継続教育は2007年から開始された。看護師助産師を含む全ての医療従事者は、年間24時間以上の継続教育を受けることが義務づけられている。この継続教育プログラムは、国家研修プログラムに準拠しており、日本やドイツが支援をしている。ミャンマーにおける継続教育に関する組織構成としては、看護・助産学の2つに分類される。これは、ミャンマー保健省、国立ヤンゴン看護大学、ミャンマー看護師助産師協会、公立病院の関連部門の協力を得て継続教育を管理している。このように、継続教育の定義や実施体制は各国によって異なっている。学位取得を通過点とした能力強化を目的とした継続教育と、専門分化や臨床能力強化を目的とした継続教育という概念が混在している現状が明らかになった。

2) 途上国における Skilled birth attendant と non-Skilled birth attendant のコンピテンシーに関して:カメルーンにて実施された UN agencies (UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO) と GHWA による母子保健に関わる保健人材のコンピテンシーに係るワークショップにおいて、教育、規則、基礎的实践、ギャップアセスメントツール、モデルカリキュラム、コンピテンシーリストについて情報収集を行った。これらの情報をもとに、セネガル共和国の地方州タンバクンダにおいて、関係者から根拠に基づく妊産婦、新生児ケアサービス提供に必要なコンピテンシーについて情報収集を行い、尺度の基となるコンピテンシーリストを作成した。それを基に「根拠に基づく妊産婦新生児ケア」研修モジュールと研修後評価ツールが作成され、セネガルの5県で実施されたSBAと無資格者(non SBA:non Skilled Birth Attendant)に対する研修前後の評価に用いた(現在、分析中)。

3) 途上国における中間的職種を含む保健医療職能の役割と制度に関して:(1) MMR が 400 台と高かったカンボジアの DHS (Demographic and Health Survey) の分析から、①MMR が 206 に低下した 2010 年とそれ以前のデータとの比較から、「ANC の利用」と「SBA による助産介助のカバー率」の**最低地域のカバー率を増加させることが**、MMR の減少につながる可能性がある。②SBA とはいえ、教育年限が 1 年と短い准助産師(便宜上、assistant や auxiliary の A を取って、A-Midwife と呼ぶ)に当たる人員の配置で十分な可能性がある。③PNC のカバー率の改善は MMR につながらない可能性が示唆された。(2) WHO の保健人材に関するデータの分析から、世界的に見て①医師は田舎 rural よりも都市部 urban に偏在していた。②看護師は医師と同様の傾向が見られるものの、医師ほどではない。③それに比して、教育年限の短い准医師(同、A-Doctor と呼ぶ)が田舎の方に多くいる傾向がある。(3) バングラデシュのグラミンヘルスの分析から、①田舎 rural には准医師や准看護師(同、A-Nurse と呼ぶ)が配置し、量を担保していた。②医療サービスの質改善のため、専門医を地方に巡回させていた。③田舎のクリニックと中央の施設をつないで、地域の准医師と専門医の間で遠隔電話相談を行って、質の改善に繋げる計画で、これにより、仮に地方に配置する医療従事者を A-Dr、A-Ns や A-MW といった「准」に当たる医療従事者にしても、何とか医療の質を担保できる可能性がある。また、このように医療的には十分ではないかもしれない中間的な医療従事者の地方配置によって、現在問題になっている UHC (Universal Health Coverage) の基礎となる保健医療サービス提供の基礎を担保する方法となりうると思われる。

以上から、保健医療サービスの**地域的に低いカバー率を引き上げる**ことが、MMR をはじめ、保健指標の改善に資することが示唆された。また、その際、地方への医療従事者の配置が難しいことが考えられ、その場合、必ずしも教育年限の長い職員を配置する必要はなく、教育年限の短い「准」とつく医療従事者の配置でも、保健指標が悪い場合、十分である可能性が高い。

ただし、田舎 rural で働いても良いと考える医療従事者のリクルートや、上記を維持するための予算措置については別途考える必要があることが判明した。

Subject No. : 24 指 3

Title : Research on skill-mix of health human resources in Asia and EMBRACE modeling countries

Researchers : Hidechika Akashi, Toyomitsu Tamura, Miho Goto

Key word : nursing, qualification, registration, midwifery, competency, DHS, MMR, education period

1) Social determinant of nursing professional: In Cambodia, the continuous education for nursing is done through practical trainings. Reporting system on training is planned from ministry level to provincial level, however, it is not standardized. In Lao PDR, the continuous education means two and a half year bachelor education course for nurses who have five to eight year work experience as nurse. In Vietnam, nursing continuous education has started since 2007. All health professionals including nurses should attend to this education for more than 24 hours. This training program is following to national training program, which is supported by Japan and Germany. In Myanmar, continuous education consists of nursing and midwifery. The Ministry of Health of Myanmar, Yangon National Nursing College, Myanmar Nursing and Midwifery Association, and public hospitals support this continuous education for nurses. According to these results, the concepts of continuous education is different country by country, and it contains two meanings, that is, one is a training as a part of degree program, and the other is a training for specialized clinical care.

2) Competency of Skilled birth attendant (SBA) and non-Skilled birth attendant (non-SBA) in developing countries: At the workshop on competency of health personnel for maternal and child health in Cameroon, the information of education, regulation, basic practice, gap assessment tools, model curriculum, and competency list were collected. Based on this information, we investigated the competency for evidence based maternity and neonatal care in Tambacunda, Senegal, and formulated the competency list for scaling. Based on this list, we formulated "Evidence-based maternal and neonatal care" training module and evaluation tools. Now we conducted pre- and post-evaluation sessions for SBAs and non-SBAs, analyzing the results.

3) The roles of medium level health personnel in developing countries:

(1) According to the analysis of DHS data in Cambodia that has high MMR, more than 400 was reduced to around 200, the followings were revealed. ①The reduction of geographical gaps of ANC usage and "birth attended by SBA" coverage can lead the MMR reduction. ②The allocation of shorter educational period on midwifery (A-midwife, stand for Auxiliary or Assistant), primary midwife in Cambodia, one year education, may be enough to contribute to MMR reduction. ③The improvement of coverage of PNC may not be necessary to reduce the MMR.

(2) According to the WHO health human resource data, the followings can be observed. ①Doctors are allocated more in urban areas than rural areas. ②Nurse allocation has similar tendency, however, this tendency is weak. ③Assistant doctors tend to work more in rural areas.

(3) According to the investigation results on Grameen Health, Bangladesh, ①They allocate A-Doctors or A-Nurses in rural areas, and secure the amount of health personnel. ②They send mobile specialist teams, such as ultra sound, to rural health clinics to compensate the quality. ③They have a plan to conduct distance mobile phone support between specialist and rural health workers. Based on this supports, there is a possibility to improve the quality of services provided by A-Doctor, A-Nurse, and A-Midwife in rural areas. This also suggests that this kind of system can ensure the health service provision for basement of Universal Health Coverage.

Consequently, this research suggested that it is necessary to reduce the geographical gaps of health services for the improvement of health indicators including MMR. For this purpose, it may be difficult to allocate the well-trained health personnel in rural areas in some countries, and it may be adequate to allocate shorter period educated personnel in such areas. However, it is necessary to consider how to recruit such health personnel who is willing to work in rural areas and how to secure the budget for this procedure.

# 24指3 アジアおよびEMBRACEモデル国を中心とする保健医療職のスキルミックスに関する研究(1)

研究者: 明石秀親(主任)、田村豊光(分担)、後藤美穂(分担)

## 1. 看護職の役割を規定する社会的要因に関して

カンボジアの継続教育は、実地研修によって実施されている。研修に関する報告システムは、州レベルから国レベルまで設定されているが、その内容は標準化されていない。ラオスでは既に職務に就いて5~8年の経験を持つ看護師が2年半の課程で学んで学士看護師の資格を取得できるが、これを継続教育としている。ベトナムにおける看護継続教育は2007年から開始された。看護師助産師を含む全ての医療従事者は、年間24時間以上の継続教育を受けるこ

とが義務づけられている。この継続教育プログラムは、国家研修プログラムに準拠しており、日本やドイツが支援している。ミャンマーにおける継続教育に関する組織構成としては、看護助産学の2つに分類される。これは、ミャンマー保健省、国立ヤンゴン看護大学、ミャンマー看護師助産師協会等の協力を得て継続教育を管理している。このように、継続教育の定義や実施体制は各国によって異なっている。学位取得を通過点とした能力強化を目的とした継続教育と、専門分化や臨床能力強化を目的とした継続教育という概念が混在している現状が明らかになった。

### Major documents related to Nursing Policies

Title	Year Issued by
National Strategy for the Protection, Care and Improvement of People's Health for the 2011-2020 Period and Vision to 2030	2011 MOH
Master Plan on Health Human Resource Development Period 2011-2020	2010 MOH (DST)
The National Plan on Strengthening Nursing and Midwifery Activities in the Period 2011—2020	(2012 still waiting approval of MOH)
Competency Standards for Bachelor Nurses	2010 VNA
Code of Ethics for Nurses	2012 VNA

### Major Laws and Regulations related to Nursing practice

Regulation	Title	Year/authority
Law	Law on Examination and Treatment	2010 Assembly
Decree	Detailed regulations and guidelines for the numbers of articles of LET	2011 Prime Minister
Circular	Circular 41-2011 on Guiding the issuance of professional practice certificates for the practitioners and the licenses for the health care facilities	2011 Minister of MOH
	Circular 7-2011 on Guidance on Nursing care activities for patients in the hospital	2011 MOH
	Circular 12-2011 on Regulate Practice Scope Standards for Midwives	2011 MOH
	Circular 7-2008 on Guideline on continuing training activities for medical staffs	2008 MOH
Decision	Circular 8-2007 on Staffs Numbers at Hospital	2007 MOH
	Decision 41-2005 (MOI) Nurse official Grades Professional Standard	2005 Minister of Interior
	Decision 1352-2012 (MOH) Basic Competency Standards for Vietnamese Nurses	2012 MOH

### Major Laws and Regulations related to Nursing Education

Types of Regulation	Title	Year/authority
Law	Law on Education for General Schools	MOE
Decree		
Circular	Circular on 19-2010 on Training Frame for Professional Program for Bachelor Nurses	2010 MOE
	Circular on XX-2010 on Training Frame for Professional Intermediate Program for College Nurses	
	Circular on XX-2010 on Training Frame for Professional Intermediate Program for Secondary Nurses	
Decision	Decision on Promulgating the Educational Regulations for the Official Program (Bachelor, College, Secondary, Primary level)	2007 MOE

## 2. 途上国におけるSkilled birth attendantとnon-Skilled birth attendantのコンピテンシーに関して

保健省母子保健局、タンバクンダ州リプロダクティブコーディネーター、タンバクンダ州保健人材養成校の代表者とともに、特に出産時における助産ケアに必須なコンピテンシーについてリスト化を行った。

### コンピテンシーリスト(1)

#### Connaissances (知識)-1

- Définition de la médecine basée sur les preuves
- Justification de la médecine basée sur les preuves
- Sources d'information de la médecine basée sur les preuves
- Processus de la Médecine basée sur les preuves
- Structuration des niveaux de preuve, niveau de preuve scientifique fourni par la littérature, grade des recommandations
- Bonnes pratiques de soins recommandées par l'OMS pendant l'accouchement normal (catégories de pratique de l'accouchement normal)
- Soins humanisés au nouveau-né et soins immédiats au nouveau-né
- La méthode des soins «Kangourou» chez le nouveau-né de faible poids sans signe de danger

### コンピテンシーリスト(1)

#### Connaissances (知識)-2

- Les éléments de qualité des prestations en termes de sécurité et de prévention des infections chez la mère et le nouveau-né
- Accouchement à style libre et généralités
- Conditions d'accouchement à style libre (aménagement et bonne ambiance de la salle d'accouchement, accessoires et équipements, prestation de service, paturientes)
- Les différentes positions à adopter à la phase expulsive (position gynécologique, accouchement en position à genoux, position de décubitus latéral, position accroupie, position assise, position debout, accouchement dans l'eau)
- Avantages et inconvénients des différentes positions d'accouchement style libre (position gynécologique, position à genoux, position accroupie, position debout, position couchée sur le coté, position assise)

### コンピテンシーリスト(2)

#### Capacités techniques et/ou aptitudes (技能と態度)-1

- Noter des données spécifiques sur le déroulement du travail et les signes maternels vitaux pendant le travail
- Réaliser un examen physique ciblé pendant le travail
- Effectuer une palpation abdominale complète pour déterminer la position et le niveau de descente du fœtus
- Chronométrer la durée des contractions utérines et évaluer leur efficacité
- Réaliser un examen pelvien complet et précis pour évaluer la dilatation, la descente, la présentation, la position, l'état des membranes et si le pelvis est adapté à la naissance du bébé par les voies vaginales
- Surveiller la progression du travail à l'aide du partogramme, en analysant ce dernier ou à l'aide d'un outil d'enregistrement similaire
- Fournir à la femme et à sa famille toutes les informations et explications qu'elles souhaitent avoir au cours du travail et de l'accouchement
- Fournir un soutien psychologique et physique à la femme et à sa famille et promouvoir l'accouchement normal
- Encourager la présence d'une personne de confiance pendant le travail et l'accouchement
- Proposer rafraîchissants, aliments et mesures de confort non-pharmacologiques adéquates pendant le travail et l'accouchement
- Respecter et soutenir les positions que les femmes préfèrent pendant le travail et l'accouchement
- Identifier rapidement les anomalies dans le travail et entreprendre une intervention appropriée et au moment adéquat et /ou diriger la femme vers une structure de référence

### コンピテンシーリスト(2)

#### Capacités techniques et/ou aptitudes (技能と態度)-2

- Mettre immédiatement en place les interventions nécessaires à la survie en cas d'urgences obstétricales (ex: *providence du cordon, présentation anormale, dystocie des épaules et souffrance du fœtus*) pour sauver la vie du fœtus tout en attendant l'arrivée d'un médecin et /ou en attendant un transfert
- Inspecter le placenta et les membranes pour en vérifier l'intégrité
- Evaluer et enregistrer les pertes de sang chez la mère
- Inspecter le vagin et le col de l'utérus pour repérer toute trace de déchirure
- Identifier et gérer un état de choc
- Organiser et effectuer à temps l'orientation et le transfert à un niveau supérieur et approprié, des femmes présentant des complications, et en prenant les dispositions nécessaires pour qu'elles soient accompagnées par quelqu'un qui puisse continuer à leur prodiguer les soins d'urgence dont elles auront besoin en cours de route
- Prodiger des soins immédiats au nouveau-né, notamment clamber et couper le cordon, sécher le bébé, dégager les voies respiratoires et s'assurer que la respiration est bien établie
- Evaluer les signes de vitalité du nouveau-né (ex: *score d'APGAR*)
- Prodiger les soins appropriés en utilisant entre autres la méthode « kangourou » chez les bébés ayant un poids faible à la naissance et effectuer un transfert en cas de complications graves ou de poids très faible à la naissance
- Effectuer un examen physique du nouveau-né pour déceler tout problème incompatible avec la survie
- Faire une évaluation de l'âge foetal
- Positionner, dès que possible, l'enfant pour l'allaitement après la naissance et encourager l'allaitement maternel exclusif

# 24指3 アジアおよびEMBRACEモデル国を中心とする保健医療職のスキルミックスに関する研究(2)

研究者: 明石秀親(主任)、田村豊光(分担)、後藤美穂(分担)

## 3. 途上国における中間的職種を含む保健医療職能の役割と制度に関して

(1) MMRが400台と高かったカンボジアのDHS (Demographic and Health Survey) の分析から、①MMRが206に低下した2010年とそれ以前のデータとの比較から、「ANCの利用」と「SBAによる助産介助のカバー率」の最低地域のカバー率を増加させることが、MMRの減少につながる可能性がある。②SBAとはいえ、教育年限が1年と短い准助産師(便宜上、assistantやauxiliaryのAを取って、A-Midwifeと呼ぶ)に当たる人員の配置で十分な可能性がある。③PNCのカバー率の改善はMMRにつながらない可能性が示唆された。

(2) WHOの保健人材に関するデータの分析から、世界的に見て①医師は田舎ruralよりも都市部urbanに偏在していた。②看護師は医師と同様の傾向が見られるものの、医師ほどではない。③それに比して、教育年限の短い准医師(同、A-Doctorと呼ぶ)が田舎の方に多くいる傾向がある。

(3) バングラデシュのグラミンヘルスの分析から、①田舎ruralには准医師や准看護師(同、A-Nurseと呼ぶ)が配置し、量を担保していた。②医療サービスの質改善のため、専門医を地方に巡回させていた。③田舎のクリニックと中央の施設をつないで、地域の准医師と専門医の間で遠隔電話相談を行って、質の改善に繋げる計画で、これにより、仮に地方に配置する医療従事者をA-Dr、A-NsやA-MWといった「准」に当たる医療従事者にしても、何とか医療の質を担保できる可能性がある。また、このように医療的には十分ではないかもしれない中間的な医療従事者の地方配置によって、現在問題になっているUHC(Universal Health Coverage)の基礎となる保健医療サービス提供の基礎を担保する方法となりうると考えられる。

以上から、保健医療サービスの地域的に低いカバー率を引き上げることが、MMRをはじめ、保健指標の改善に資することが示唆された。また、その際、地方への医療従事者の配置が難しいことが考えられ、その場合、必ずしも教育年限の長い職員を配置する必要はなく、教育年限の短い「准」とつく医療従事者の配置でも、保健指標が悪い場合、十分である可能性が高い。

Figure 1: Changes in Geographic Differences in DHS Indicators, Cambodia (2000-2010)

Top of bar chart: Highest percentage of service coverage (province level)  
Bottom of bar chart: Lowest percentage of service coverage (province level)

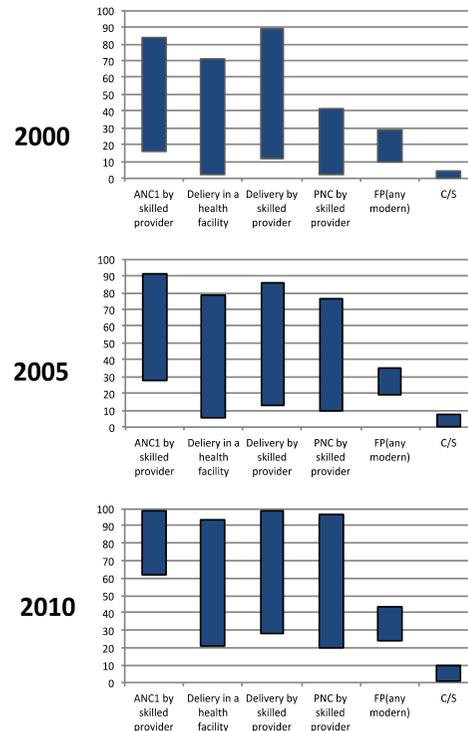
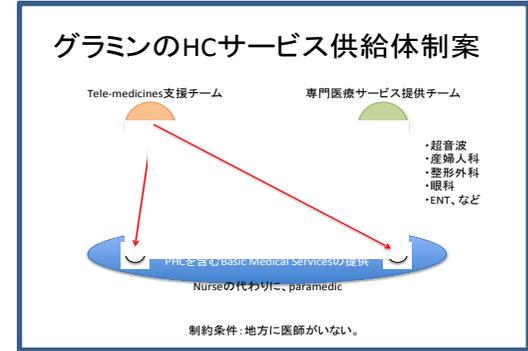
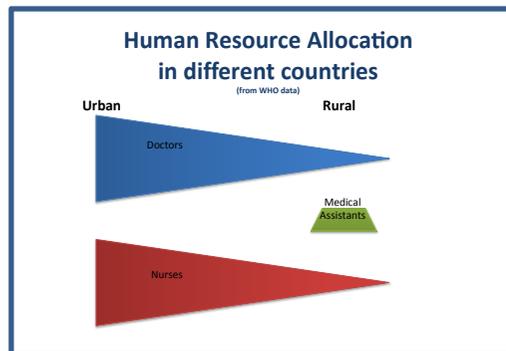
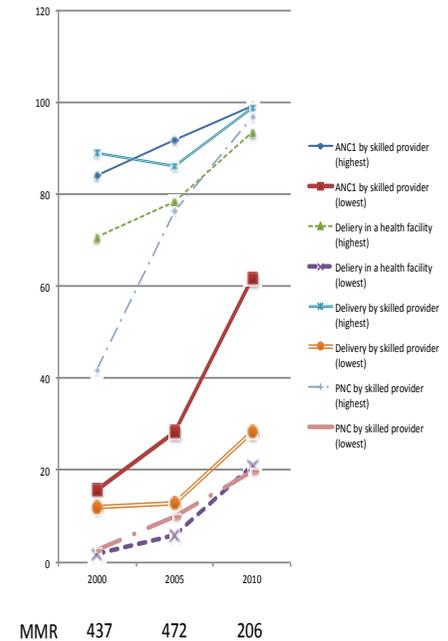


Figure 2: Trends of DHS Indicators of Highest and Lowest Rates in Province Level

Continuous lines: ANC by SBA (Thin: Highest, Bold: Lowest)  
Dotted lines: Delivery in a health facility (Thin: Highest, Bold: Lowest)  
Double lines: Delivery by SBA (Thin: Highest, Bold: Lowest)  
Dot and short lines: PNC by SBA (Thin: Highest, Bold: Lowest)



課題番号 : 24指3

研究課題名 : アジアおよびEMBRACEモデル国を中心とする保健医療職のスキルミックスに関する研究

主任研究者名 : 明石秀親

分担研究者名 : 明石秀親

キーワード : DHS、MMR、教育年限、医療従事者の配置、助産師、地域格差

研究成果 :

#### 1. はじめに

世界保健機関 (WHO) は 2006 年の World Health Report において、世界 57 か国で保健人材が不足していると警鐘を鳴らした。このような世界の援助潮流の中で、看護職の役割を規定する要因には、法制度や国家計画、看護職員養成計画や資格制度、職能団体など、様々な要因が絡み合っている事を藤田らが明らかにしている。

一方、世界では毎年 50 万人以上の女性が妊娠や出産に起因した疾病等で生命を落としており、その 99% が途上国で起こっている。2000 年に採択された国連ミレニアム開発目標 (以下 MDG) の一つとして「妊産婦の健康改善」(MDG5) が挙げられ、2015 年までに妊産婦死亡を 1990 年の 4 分の 1 に減少させることが合意された (WHO, 2007, UNFPA 2003) が、サブサハラ・アフリカを中心とした多くの国で妊産婦死亡率削減は進んでおらず、目標達成が危惧されるようになってきている。(Hill K, 他, 2007).

現在、妊産婦死亡や周産期死亡の改善を目的とする、途上国でも実施可能で、科学的根拠があり、効果が高いと考えられるグローバル戦略として、熟練助産者 (SBA: Skilled Birth Attendant) による出産介助、妊婦健診、緊急産科新生児ケア (EmONC : Emergency Obstetric and Neonatal Care) の包括的な取り組みが実施されている (WHO, 2007). このような妊産婦死亡を削減するための一連の取り組みには、SBA の能力が大きく関わっているが、SBA でも TBA でもない中間的な職種に従事者による保健医療サービスも提供されている国も多い。

#### 2. 目的

本研究の目的は、途上国の保健人材に関する医療従事者の資格と配置に関する状況を明らかにし、中長期的な政策を考える上で必要なポイントについて明確にすることである。

#### 3. 方法

途上国における中間的な職種を含む保健医療職能の役割と制度に関して複数年の DHS データから、当該国の MMR 等に著名な変化の理由と、WHO のデータから世界各国の保健人材の配置に関する検討を行う。

#### 4. 結果と考察

1) MMR が 400 台と高かったカンボジアの DHS (Demographic and Health Survey) の分析から、① MMR が 206 に低下した 2010 年とそれ以前のデータとの比較から、「ANC の利用」と「SBA による助産介助のカバー率」の平均が増加し、さらにこれらの地域差が少なくなることが、MMR の減少につながる可能性がある。② SBA とはいえ、教育年限が 1 年と短い准助産師 (便宜上、assistant や auxiliary の A を取って、A-Midwife と呼ぶ) に当たる人員の配置で十分な可能性がある。③ PNC のカバー率の改善は MMR につながらない可能性が示唆された。2) WHO の保健人材に関するデータの分析から、世界的に見て① 医師は田舎 rural よりも都市部 urban に偏在していた。② 看護師は医師と同様の傾向が見られるものの、医師ほどではない。③ それに比して、教育年限の短い准医師 (同、A-Doctor と呼ぶ) が田舎の方に多くいる傾向がある。3) バングラデシュのグラミンヘルスの分析から、① 田舎 rural には准医師や准看護師 (同、A-Nurse と呼ぶ) が配置し、量を担保していた。② 医療サービスの質改善のため、専門医を地方に巡回させていた。③ 田舎のクリニックと中央の施設をつないで、地域の准医師と専門医の間で遠隔電話相談を行って、質の改善に繋げる計画で、これにより、仮に地方に配置する医療従事者を A-Dr、A-Ns や A-MW といった「准」に当たる医療従事者にしても、何とか医療の質を担保できる可能性がある。また、このように医療的には十分ではないかもしれない中間的な医療従事者の地方配置によって、現在問題になっている UHC (Universal Health Coverage) の基礎となる保健医療サービス提供の基礎を担保する方法となりうると考えられる。

以上から、保健医療サービスの地域間格差を少なくすることが、MMR をはじめ、保健指標の改善に資することが示唆された。また、その際、地方への医療従事者の配置が難しいことが考えられ、その場合、必ずしも教育年限の長い職員を配置する必要はなく、教育年限の短い「准」とつく医療従事者の配置でも、保健指標が悪い場合、十分である可能性が高い。

ただし、田舎 rural で働いても良いと考える医療従事者のリクルートや、上記を維持するための予算措置については別途考える必要があることが判明した。

#### 5. 次年度の予定

途上国における中間的な職種を含む保健医療職能の役割と制度に関して、これまでの結果をまとめて仮説を立てて検証し発表すると共に、現地調査を追加して、さらなる検証を行う。

課題番号 : 24指3  
研究課題名 : アジアおよびEMBRACEモデル国を中心とする保健医療職のスキルミックスに関する研究  
分担研究課題 : 看護職の役割を規定する社会的要因に関する研究  
主任研究者名 : 明石秀親  
分担研究者名 : 田村豊光  
キーワード : 看護職、継続教育  
研究成果 : 特になし

## 1. はじめに

世界保健機関(WHO)は2006年のWorld Health Reportにおいて、保健人材の不足を指摘し、世界57か国で保健人材が不足していると警鐘を鳴らした。これを基に、世界保健人材連盟(GHWA)やアジア大洋州保健人材連盟(AAAH)等が組織化され、各国の開発途上国政府が看護職員を含む保健人材の量と質の確保などへの対策が講じられるようになった。これらの対策を講じるうえで、看護職を取り巻く法制度や国家計画、看護職員養成計画や資格制度、職能団体など、様々な要因を考慮する必要がある。このような背景のもと、本研究では東南アジア各国(主にカンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナム)の看護制度、所掌業務を規定する法規の整備状況ならびにその他の社会要因を比較分析する。この所見から、今後の国際保健医療協力事業において、途上国の保健職能に関連する制度整備支援のニーズを明らかにし、日本の医療従事者との間の技術協力事業をより効率的に進める方策を提言する事を本研究の目的とする。

## 2. 方法

2014年1月にタイ王国で開催された国際カンファレンスの機会を利用し、カンボジア、ラオス、ベトナム、ミャンマーの保健行政官を対象に、ワークショップ形式で看護継続教育の現状や課題を明らかにした。

## 3. 結果

カンボジアの継続教育は、実地研修によって実施されている。研修に関する報告システムは、州レベルから国レベルまで設定されているが、その内容は標準化されていない。

ラオスでは既に職務に就いて5~8年の経験を持つ看護師が2年半の課程で学んで学士看護師の資格を取得できるが、これを継続教育としている。

ベトナムにおける看護継続教育は2007年から開始された。看護師助産師を含む全ての医療従事者は、年間24時間以上の継続教育を受けることが義務づけられている。この継続教育プログラムは、国家研修プログラムに準拠しており、日本やドイツが支援をしている。

ミャンマーにおける継続教育に関する組織構成としては、看護・助産学の2つに分類される。これは、ミャンマー保健省、国立ヤンゴン看護大学、ミャンマー看護師助産師協会、公立病院の関連部門の協力を得て継続教育を管理している。

このように、継続教育の定義や実施体制は各国によって異なっている。学位取得を通過点とした能力強化を目的とした継続教育と、専門分化や臨床能力強化を目的とした継続教育という概念が混在している現状が明らかになった。

## 4. 今後の予定

基礎および継続教育を司る国家計画や規則等の情報を整理し、途上国の保健職能に関連する制度整備支援のニーズを明らかにして行く予定である。

課題番号 : 24指3  
研究課題名 : アジアおよびEMBRACEモデル国を中心とする保健医療職のスキルミックスに関する研究  
分担研究課題 : 途上国におけるSkilled birth attendantとnon-Skilled birth attendantのコンピテンシーに関する研究  
主任研究者名 : 明石秀親  
分担研究者名 : 後藤美穂  
キーワード : SBA、nonSBA  
研究成果 : 特になし

## 1. はじめに

世界では毎年 50 万人以上の女性が妊娠や出産に起因した疾病等で生命を落としており、その 99%が途上国で起こっている。2000 年に採択された「国連ミレニアム開発目標（以下MDG）の一つとして「妊産婦の健康改善」（MDG5）が挙げられ、2015 年までに妊産婦死亡を 1990 年の 4 分の 1 に減少させることが合意された（WHO, 2007, UNFPA 2003）。これを受けて国際社会が様々な支援に取り組んできたにもかかわらず、サブサハラ・アフリカを中心とした多くの国で妊産婦死亡率削減は進んでおらず、目標達成が危惧されるどころとなり、国際社会が更に取り組むべき課題の一つであることが確認された（Hill K, Thomas K, AbouZahr C, Say L, Inoue M, Suzuki E, 2007）。妊産婦死亡率削減に向けたグローバルイニシアチブにおいて、熟練助産者（SBA:Skilled Birth Attendant）による出産介助、妊婦健診、緊急産科新生児ケア（EmONC :Emergency Obstetric and Neonatal Care）の包括的な取り組みが実施されている（WHO, 2007）。こうした一連の取り組みには SBA の能力が大きく関わっており、その能力強化が期待されている。一方 WHO は 10000 の出産に対して 6 人の SBA の配置が必要であるとしているが、途上国では絶対的不足が指摘されている。このように SBA が不足している途上国において妊産婦、新生児ケアサービスは SBA と無資格者(non SBA:non Skilled Birth Attendant)によって提供されているのが現状である。

ICM/WHO/FIGO は SBA の中でも助産師の必須能力（コンピテンシー）について示しているが（WHO, ICM and FIGO, 2004）

途上国におけるコンピテンシーの実際については明らかではない。また妊産婦、新生児ケアサービスの一端を担っている non SBA が持つべきコンピテンシーについての情報はほとんどないのが現状である。

このような援助潮流の中で、新生児ケアサービスに関わる Skilled Birth Attendant と non Skilled Birth Attendant のタスク分担とそれぞれのコンピテンシーを明らかにすることにより、当該国におけるタスクシフティングや現任教育に対する政策提言が出来る可能性がある。

## 2. 方法

途上国（特にセネガル）において妊産婦、新生児ケアサービスに関わる Skilled Birth Attendant と non Skilled Birth Attendant のコンピテンシーを明らかにし、現状を評価する。

## 3. 結果

カメルーンにて実施された UN agencies（UNFPA、UNICEF、UN Women and WHO）と GHWA による母子保健に関わる保健人材のコンピテンシーに係るワークショップにおいて、西アフリカ地域において推奨されている ICM Global Standard や、Competencies & Tools として、教育、規則、基礎的实践、ギャップアセスメントツール、モデルカリキュラム、コンピテンシーリストについて情報収集を行った。

これらの情報をもとに、セネガル共和国の地方州タンバクンダにおいて、妊産婦、新生児ケアサービス実践に必要なコンピテンシーについて、タンバクンダ州リプロダクティブヘルスコーディネーター、州人材養成校校長、保健センター助産師長とともに、根拠に基づく妊産婦、新生児ケアサービス提供に必要なコンピテンシーについて情報収集を行い、尺度の基となるリストを作成した。

コンピテンシーリストに基づき、「根拠に基づく妊産婦新生児ケア」研修モジュールと研修後評価ツールが作成され、セネガルの 5 県で実施された SBA と無資格者(non SBA:non Skilled Birth Attendant) に対する研修前後の評価に用いた。

## 4. 今後の予定

データの分析を行い、Skilled Birth Attendant と non Skilled Birth Attendant のタスク分担とそれぞれのコンピテンシーを明らかにすることにより、当該国におけるタスクシフティングや現任教育に対する政策提言を行う予定である。

## 研究発表及び特許取得報告について

課題番号： 24指3

研究課題名： アジアおよびEMBRACEモデル国を中心とする保健医療職のスキルミックスに関する研究

主任研究者名： 明石 秀親

### 論文発表

論文タイトル	著者	掲載誌	掲載号	年
該当なし				

### 学会発表

タイトル	発表者	学会名	場所	年月
該当なし				

### その他発表(雑誌、テレビ、ラジオ等)

タイトル	発表者	発表先	場所	年月日
該当なし				

特許取得状況について ※出願申請中のものは( )記載のこと。

発明名称	登録番号	特許権者(申請者) (共願は全記載)	登録日(申請日)	出願国
該当なし				

※該当がない項目の欄には「該当なし」と記載のこと。

※主任研究者が班全員分の内容を記載のこと。