

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 : 田村豊光、後藤美穂

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> 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> 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> 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> 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、保健省、国立ヤンゴン看護大学、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。以上、①継続教育の定義や実施体制は各国によって異なる。②学位取得を含む能力強化のための継続教育と専門分化や臨床能力強化のための継続教育という概念が混在している。③全ての国が、保健医療従事者強化の政策/戦略を策定しているが、看護政策や看護強化に特化した戦略・プログラムを持っている国は少ない。

4-1. 規程枠組み: ラオス

免許登録制度	免許更新制度/要件	教育基準	業務基準/倫理規定	看護実践範囲	コンピテンシー	看護カウンスル	看護協会	Regulatory Body	看護政策等
法律による規制を目標として準備中	実施方向で検討中	保健省令: 看護の標準化プログラム (2004)	法律ヘルスケア法(2006)	保健省令: 看護業務範囲ガイドライン (2009)	保健省令: 看護コンピテンシー (2013)	看護に特化したものはない。	看護に特化したものはない。	資格免許登録: 検定中	なし
		保健省令: 看護助産規則 (2007)	保健省令: 看護業務範囲ガイドライン (2008)	保健省令: 看護倫理規定はないが、ヘルスケア法と看護助産規則にて守衛業務の規定、看護業務範囲ガイドラインに公平な看護サービスの提供等の規定。	保健省令: 看護コンピテンシー (2013)				

4-2. 規程枠組み: ベトナム

免許登録制度	免許更新制度/要件	教育基準	業務基準/看護倫理規定	看護実践範囲	コンピテンシー	カウンスル	看護協会	Regulatory Body	看護政策等
法律に準拠する法律	なし	保健省令: 看護教育新法 (2011)	保健省令: 看護倫理規定 (2011)	保健省令: 看護業務範囲 (2011)	保健省令: 看護コンピテンシー (2011)	なし	なし	なし	なし
保健省令: 看護倫理規定 (2011)	保健省令: 看護倫理規定 (2011)	保健省令: 看護倫理規定 (2011)	保健省令: 看護倫理規定 (2011)	保健省令: 看護倫理規定 (2011)					

4-3. 規程枠組み: カンボジア

免許登録制度	免許更新制度/要件	教育基準	業務基準/倫理規定	看護実践範囲	コンピテンシー	カウンスル	看護協会	Regulatory Body	看護政策等
法律案準備中	なし	保健省令: 看護教育新法 (2013)	保健省令: 看護倫理規定 (2013)	保健省令: 看護業務範囲 (2013)	保健省令: 看護コンピテンシー (2013)	なし	なし	なし	なし
保健省令: 看護倫理規定 (2013)	保健省令: 看護倫理規定 (2013)	保健省令: 看護倫理規定 (2013)	保健省令: 看護倫理規定 (2013)	保健省令: 看護倫理規定 (2013)					

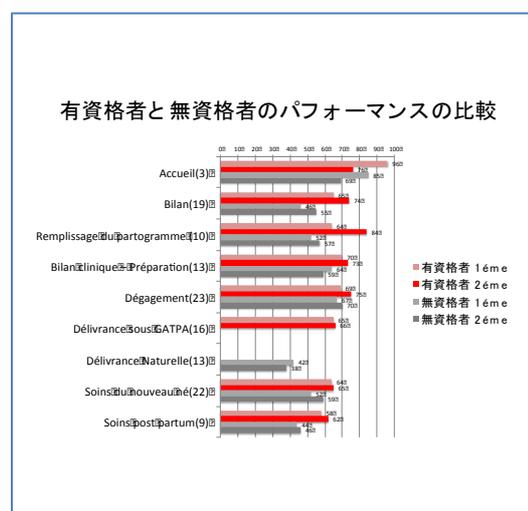
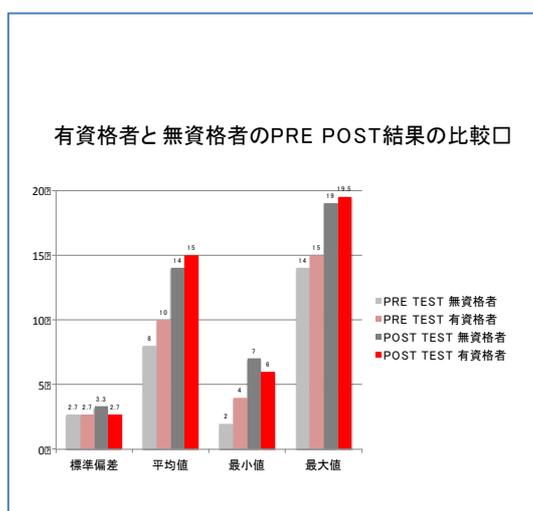
Regulatory Framework and Strengthen Nursing Strategy: Country Myanmar

Licensing System	Renewal/ License/ Requirements	Nursing Education Standards	Standards of Nursing Practice Including codes of ethics	Scope of nursing practice	Competency	Nursing Council	Nursing association	Regulatory Body	National Nursing Authority/PPA system etc.
Law on certification ; Diploma and Degree for nursing practitioner by nursing and Midwifery council	No establish.	Nursing education curriculum standards by MOH and Medical Science	Law on Health Care Nursing and Midwifery Regulation by review and revised	Guidelines for Scope of practice by MOH	National Competencies for Licensed Nurses	Nursing and Midwifery council	exist science) 048.	Education regulated by Medical Science and MOH	No exist, but Health Personnel Development National Strategy plans to establish learning and registration system
Guidelines for Nursing Ethics is yet, but the law, the Regulation, the Guidelines, and National competency state professional ethics. Review and		Guidelines for Nursing and Midwifery Regulation by MOH	Guidelines for Nursing Ethics is yet, but the law, the Regulation, the Guidelines, and National competency state professional ethics. Review and				Members of intermat onal nurses council	Nursing services regulated by MOH with Nursing and Midwifery council commitments	Number of Health personnel regulated by MOH

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 (後藤分担): 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。その結果、以下のことが判明した。

- ① 熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカー研修実施後のTEST結果から、コミュニティヘルスワーカーは、熟練助産者と同等の助産ケアに係る知識を習得する能力を兼ね備えていることが分かった。
- ② 熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカー研修実施後のスーパービジョンの結果から、熟練助産者は、8つの全ての領域において60%以上のパフォーマンスを示すが、コミュニティヘルスワーカーは、60%以上のパフォーマンスを示した領域は、出産介助の準備、母と家族に対する指導の3領域に留まり、問診、分娩第三期の管理、産後の母子管理と指導に係るパフォーマンスは50%以下に留まった。出産介助の技術は、熟練助産者、コミュニティヘルスワーカーとも70%前後のパフォーマンスを示した。
- ③ 包括的で安全な出産ケアを提供するためには、熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカー双方に対してコンピテンシーに基づく研修およびスーパービジョンを組み合わせる実施することが有用である。出産介助に関しては、熟練助産者、コミュニティヘルスワーカーのどちらが介助してもほぼ同等の質が確保できるが、より安全で質の高い出産ケアを提供するためには、熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカーがチームとなり、問診、分娩第三期の管理、産後の母子管理と指導に関しては、熟練助産者がフォローする必要がある。

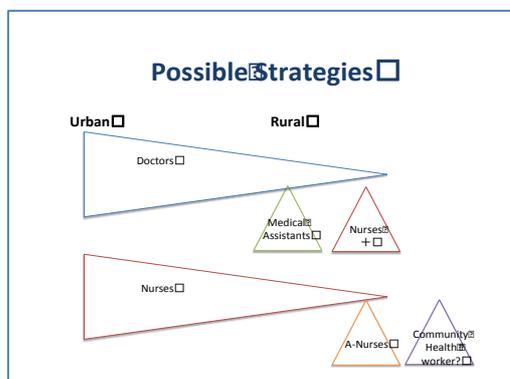
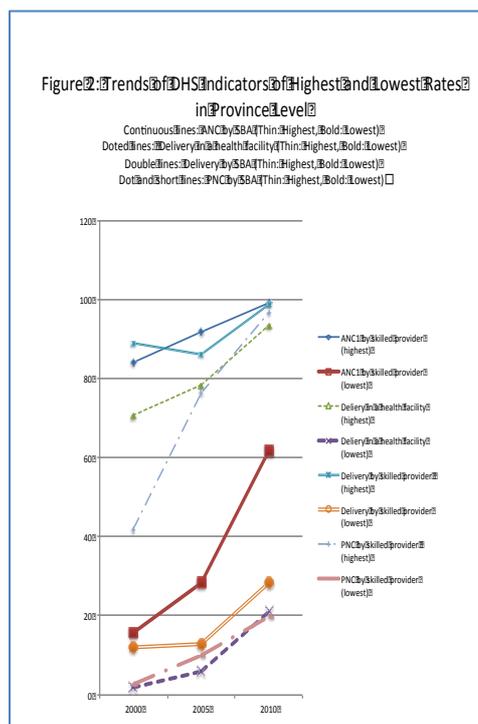
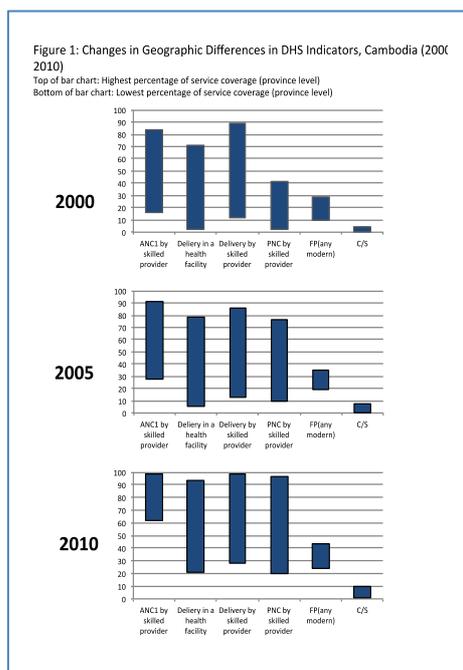


3) 途上国における中間的職種を含む保健医療職能の役割と制度に関して：(1) MMR が 400 台と高かったカンボジアの DHS (Demographic and Health Survey) の分析から、①MMR が 206 に低下した 2010 年とそれ以前のデータとの比較から、「ANC の利用」と「SBA による助産介助のカバー率」の最低地域のカバー率を増加させることが、MMR の減少につながる可能性がある。②SBA とはいえ、教育年限が 1 年と短い准助産師 (便宜上、assistant や auxiliary の A を取って、A-Midwife と呼ぶ) に当たる人員の配置で十分な可能性がある。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

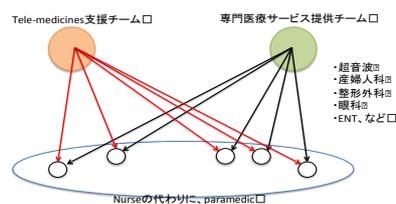
在問題になっている UHC (Universal Health Coverage) の基礎となる保健医療サービス提供の基礎を担保する方法となりうると考えられる。

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。

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。



グラミンのHCサービス供給体制案



結語

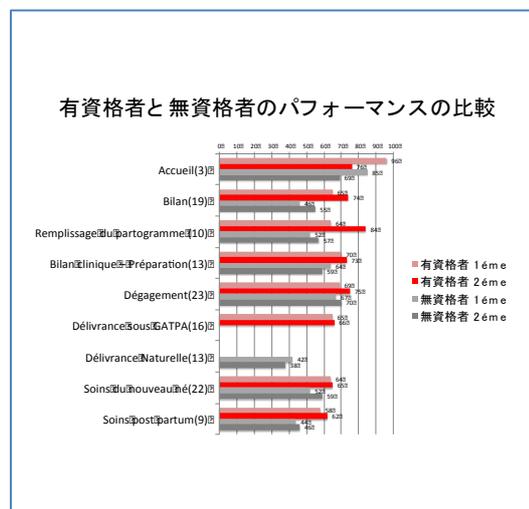
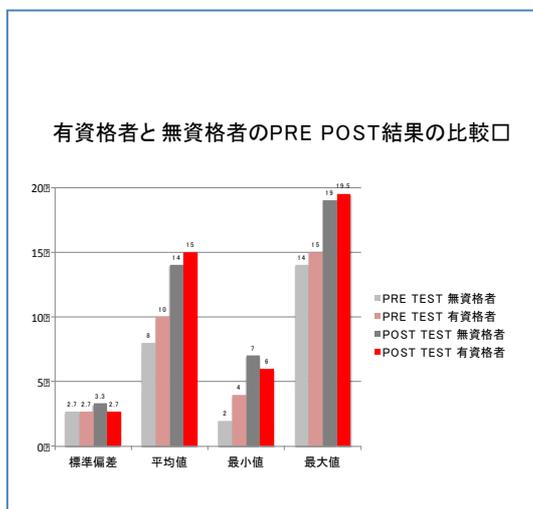
- 以上から、目的は概ね達成された。
- すなわち、国によって法制度整備がまちまちの中で、“熟練”あるいは“正規”の医療従事者の数が十分ではなく、また末端で働きたがらない状況の中で、彼らだけでは、保健医療サービスの提供が必ずしも末端まで行き届かないのが現状である。
- このような状況の中で、“無資格”あるいは“非正規”、あるいは“短期養成”の保健医療従事者が補完していることが明らかになった。
- しかも彼らは、“正規”とはあまり変わらないコンピテンシーを要している可能性が高いことから、政策的にこのような従事者を養成して、保健医療サービスを末端にまで行き届かせるという方針や戦略は、有効である可能性がある。

これらについては、一部、学会等で発表を行った。

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.

Through this study, the followings were observed;

- ① From the results of pre- and post-test after the training sessions, the community health workers (CHWs) have competence as the same level as skilled birth attendants (SBAs) to obtain the knowledge of maternal care.
- ② According to the result at the supervisions after trainings, SBAs scored more than 60% of performance in eight topics, but the topics that CHWs scored more than 60% were only three topics, that is, preparation of delivery, instruction to the mothers, and instruction to their families. CHWs scored less than 50% performance on history taking, delivery management of the third term, and post-delivery management of mothers and children. Both SBAs and CHWs scored more than 70% performance on the skills of birth attendance.
- ③ It is important to provide the trainings to both SBAs and CHWs according to their competency to conduct the same level of care. In addition, they have to work as a team, especially SBAs are better to implement history taking, delivery management of the third term, and post-delivery management of mothers and children.



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

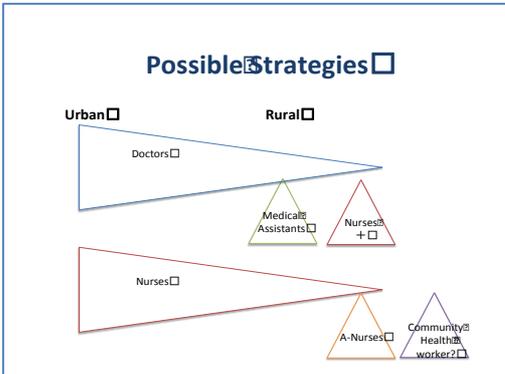
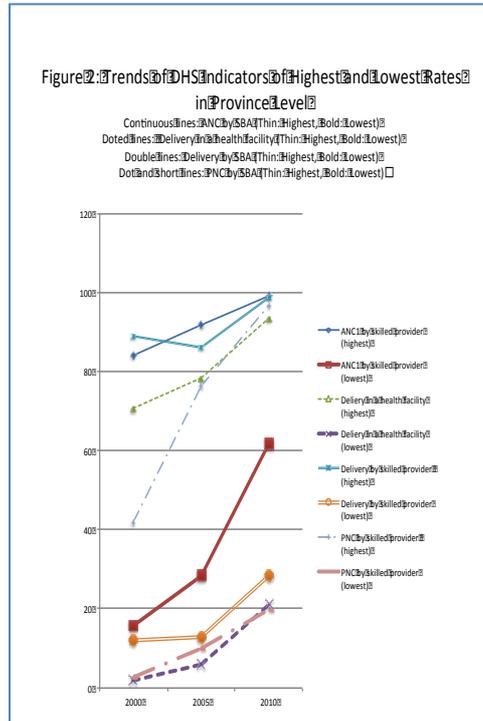
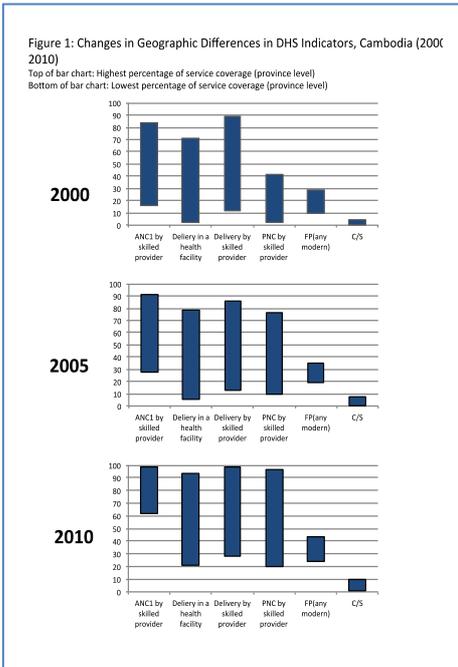
(1) According to the analysis of DHS data in Cambodia that has high MMR, more than 400 was reduced to around 200, the followings were revealed. ①The reduction of geographical gaps of ANC usage and “birth attended by SBA” coverage can lead the MMR reduction. ② The allocation of shorter educational period 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.

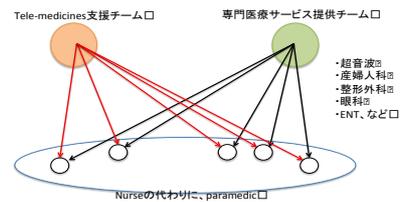
(3) According to the investigation results on Grameen Health, Bangladesh, ①They allocate A-Doctors or A-Nurses in rural areas, and secure the amount of health personnel. ②They send mobile specialist teams, such as ultra sound, to rural health clinics to compensate the quality. ③They have a plan to conduct 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.



グラミンのHCサービス供給体制案



Conclusion:

- The objectives of this research was almost performed.
- That is, in the context that legal structure is different country by country, only “ordinarily educated” or “skilled” health workers cannot cover the whole country, because they tend not to work in the peripheral or rural areas. In this occasion, “non-formally educated”, or “shortly educated”, or “assistant/auxiliary” health workers are compensating the shortage of ordinary health workers. In addition, they have not complete but some level of knowledge and skills as ordinary health workers. Therefore, it is the possible policy to foster such “non formally educated” health personnel to provide the health and medical services toward the rural areas.

We published article or presented some results in the academic conferences.

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

研究者:

明石秀親(主任)、田村豊光(分担)、後藤美穂(分担)

研究目的:

- 保健人材不足を補うべく、東南アジア(特にカンボジア)とEMBRACEパイロット国(ガーナ、セネガル、バングラデシュ)における、看護職を中心とする“熟練”と呼ばれる保健医療従事者と同様の業務を行う”熟練とは呼べないが実質的に似た業務を行う従事者“の効果とその政策を分析し、他国への学びを創出する。
- また、“熟練”との名称を使用できる正規教育を受けた保健医療従事者の量と質を増やす介入を検討し、提言を行う。

成果:

- 次からのスライド(各分担研究者の結果)が示すように、目的は概ね達成された。
- すなわち、国によって法制度整備がまちまちの中で、“熟練”あるいは“正規”の医療従事者の数が十分ではなく、また末端で働きたがらない状況の中で、彼らだけでは、保健医療サービスの提供が必ずしも末端まで行き届かないのが現状である。
- このような状況の中で、“無資格”あるいは“非正規”、あるいは“短期養成”の保健医療従事者が補完していることが明らかになった。
- しかも彼らは、“正規”とはあまり変わらないコンピテンシーを要している可能性が高いことから、政策的にこのような従事者を養成して、保健医療サービスを末端にまで行き届かせるという方針や戦略は、有効である可能性がある。
- これらについては、一部、学会等で発表を行った。

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(田村分担分)

初年度および2年度目の結果をもとに、看護職の役割を規定する関連法規、規則等の制度整備状況について調査を行った。過去10年間で看護職に関する法規が急速に制定を進められている現状についてラオス、ベトナム、カンボジア、ミャンマーにおいて明らかになった。各国比較対照表にて示す。

これらの動向は「ASEAN看護サービスに関する相互承認協定」の影響を受けていると考えられる。また、国全体の法規や制度が整う中で、法的根拠、他の法規との整合性、および運用のしやすさを目的に改定が必要とされる。全ての国が、保健医療従事者強化の政策/戦略を策定しているが、看護政策や看護強化に特化した戦略・プログラムを持っている国は少ないことが明らかとなった。

4-1. 規程枠組み: ラオス

免許登録制度	免許更新新制度/要件	教育基準	業務基準/倫理規定含	看護実践範囲	コンピテンシー	看護カウソニシ	看護協会	Regulatory Body	看護政策等
法律による規制を目指して準備中	実施方向で検討中	教育省令:看護の標準カリキュラム(2004) 保健省令:看護助産規則(2007) 保健省令:看護助産学校管理ガイドライン(2008)	法律:ヘルスケア法(2006) 保健省令:看護業務範囲ガイドライン(2009) 保健省令:看護助産規則(2008) 保健省令:看護助産ガイドライン(2008) 看護倫理規定はないが、ヘルスケア法と看護助産規則にて守秘義務の規定、看護業務範囲ガイドラインに公平な看護サービスの提供等の規定。	保健省令:看護業務範囲ガイドライン(2009)	保健省令:看護師国家コンピテンシー(2013)	看護に特化したものは無い。 保健医療専門職をカバーするメディカルカウンシルがある。(2007)	看護に特化したものは無い。 保健医療専門職をカバーするメディカルカウンシルがある。(2007)	資格免許登録:検討中 教育カリキュラム、教育者と保健省	なし 首相令:保健人材開発戦略あり(2010) 保健人材の質(免許制度、コンピテンシーにも度づくりキュラム等)と量に関する計画。

4-2. 規程枠組み: ベトナム

免許登録制度	免許更新新制度/要件	教育基準	業務基準/倫理規定含	看護実践範囲	コンピテンシー	カウソニシ	看護協会	Regulatory Body	看護政策等
法律:治療と診断に関する法律(2011) 保健省令:保健専門職の資格登録と開業に関する細則(2011)	なし	教育研修省令:看護院で看護等級別に規定あり(2012) 短大看護師(2010) 中級看護師(2010)	保健省通達:病院で働く看護ケアに関するガイドライン(2011) ベトナム看護協会:看護倫理(2012)	内務省令:看護業務範囲(2005) *看護教育課程別に5つに分類	保健省令:ベトナム看護師標準コンピテンシー(2012) **看護協会が2010年に策定した「学士看護師標準コンピテンシー」を基に保健省が承認	なし	ベトナム看護協会(1990)	免許付与と登録は省保健局による コンピテンシーと病院勤務看護業務基準は保健省 業務実践の範囲は内務省 看護協会のコミットメントあり。	保健省:医療人材開発計画(2010) 教育の質・量。 保健省:看護/助産強化のための国家プログラム2011-2020(2011)

4-3. 規程枠組み: カンボジア

免許登録制度	免許更新新制度/要件	教育基準	業務基準/倫理規定含	看護実践範囲	コンピテンシー	カウソニシ	看護協会	Regulatory Body	看護政策等
法案整備中		政令: (royal decree) 高等教育機関認可に関する政令(2003) (Sub decree) 保健人材の教育に関する政令(2007) 教育省令:高等教育機関認可基準(2007) 教育・保健合同省令:保健人材教育機関認可基準(策定中) 保健省令:国家標準カリキュラム(各看護コース別)(2007)	保健省令:看護業務範囲と役割に関する政令(2003) 政令(Sub decree): 看護倫理規定(2014) 助産倫理規定(2013)	看護カウソニシが現在策定中	保健省令:看護コンピテンシー(2012) 保健省令:助産コンピテンシー(2013)	看護カウソニシ(2007) 助産カウソニシ(2006)	あり(設立は2000年前後?)	学校認可:保健省・教育省合同 国家試験:保健省 免許登録:保健省およびカウソニシ	おそらくなし 保健人材開発計画(1995-2015) 保健医療全体の量と質に関する計画。看護に特化した記載はない。

Regulatory Framework and Strengthen Nursing Strategy: Country Myanmar

Licensing System	Renewal License/Requirements	Nursing Education standards	Standards of Nursing Practice including codes of ethics	Scope of nursing practice	Competency	Nursing Council	Nursing association	Regulatory Body	National Nursing strategy/pr ogram etc.
Law on certification , Diploma and Degree for nursing practitioner by nursing and Midwife council	No establish ed.	Nursing education curriculum standards by MOH and Medical Science Nursing and Midwifery Regulation by MOH	Law on Health Care Nursing and Midwifery Regulation by review and revised Guidelines for Scope of practice by MOH Codes of Nursing Ethics is yet , but the law, the Regulation, the Guidelines, and National competency state professional ethics. Review and update 2014	Guidelin es for Scope of practice by MOH	National Competen cies for Licensed Nurses	Nursing and Midwifery council	exist since 1948, Also members of international nurses council	Education regulated Medical Science and MOH Nursing services regulated by MOH with Nursing and Midwifery council commitments Number of Health personnel regulated by MOH	No exist, but Health Personnel Developem nt National Strategy plans to establish licensing and registration system

国	取り組み	主な課題
ラオス	<ul style="list-style-type: none"> 「看護業務範囲」を首都の教育病院モデル病棟にて、2014年より実践中。 運用をより奨めるために「看護業務範囲」を改訂予定。 コンピテンシーに基づく看護教育カリキュラム (准学士) 改訂を開始し、ガイドラインに基づく学校の管理運営強化 (2014年10月予定) 	<ul style="list-style-type: none"> 保健省の意向にて JICA の技術協力を通じてモデル病棟にて実施中だが、他の医療施設への展開に関する具体的計画は弱い。 看護教育システム整備に向けた計画的な教員数と質の能力強化が必要。
ベトナム	<ul style="list-style-type: none"> 「看護/助産強化のための国家プログラム 2011-2020(2011)」に活動や指標が提案されている。 「治療と診断に関する法律」を根拠に資格制度の施行が行われた。 	<ul style="list-style-type: none"> プログラム自体は、UNFPA の支援により策定されたが、実施そのものへの予算的裏付けはない。 資格は「看護師」で統一されているが、業務実践の範囲は教育課程別に異なる。ただし、大卒・短大卒看護師は少ないので臨床現場では同じ業務を行っている。
カンボジア	<ul style="list-style-type: none"> 法規を運用できる人材を強化するため学士看護師の養成(タイ国において、JICA の技術協力による支援)を実施 	<ul style="list-style-type: none"> 学位取得後の保健省への配置(看護行政官)への理解に困難がある。
ミャンマー	<ul style="list-style-type: none"> 看護協会により看護師助産師法の改定案並びに細則案を協議中 (2012年保健省へ提出済み)。 看護協会による継続教育を実施中。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護協会にて実施中の継続教育を免許更新制と連動させることを検討中。 2012年に提案された看護師助産師法が未承認。

各国ともに課題はあるものの制定された法規を運用した看護実践能力強化を図るための取り組みが散見され、看護職は法規策定過程を通して専門職への認識が向上し、法規に基づいた実践能力強化の必要性が認識されている。各国の看護職の支援ニーズは高いが、政策決定者や開発パートナーからの関心は高くはない現状にある。各国の段階に応じた支援策の検討中である。

国際保健医療学会誌に投稿中(現在査読中)
2015年ICN4年毎大会へ投稿中(現在査読中)

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)

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(後藤分担分)

・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。その後、有資格者と無資格者に対するコンピテンシーに関する比較を行った。

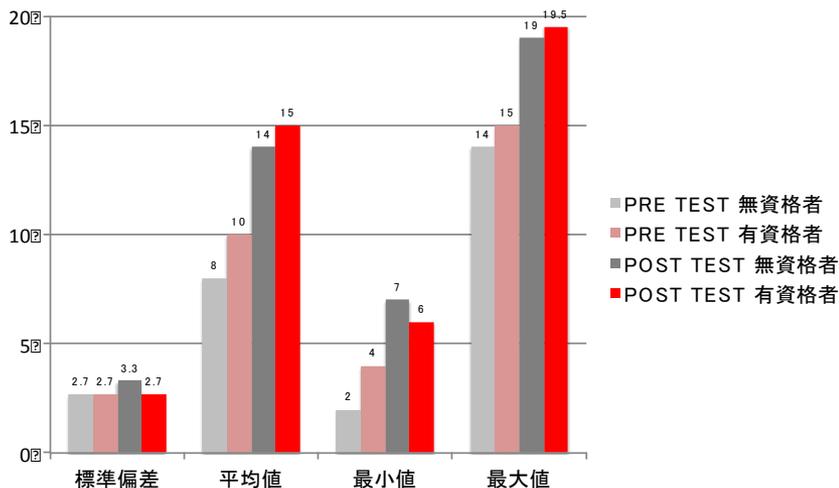
< 結論 >

1. 熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカー研修実施後のTEST結果から、コミュニティヘルスワーカーは、熟練助産者と同等の助産ケアに係る知識を習得する能力を兼ね備えていることが分かった。

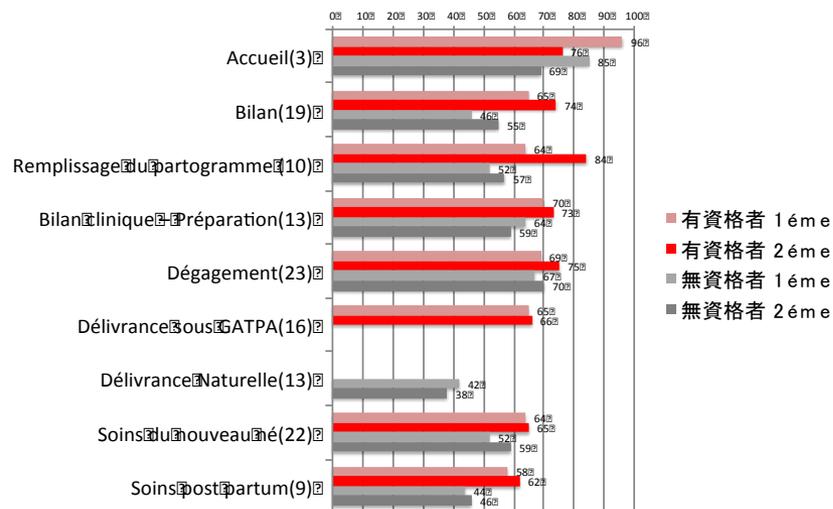
2. 熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカー研修実施後のスーパービジョンの結果から、熟練助産者は、8つの全ての領域において60%以上のパフォーマンスを示すが、コミュニティヘルスワーカーは、60%以上のパフォーマンスを示した領域は、出産介助の準備、母と家族に対する指導の3領域に留まり、問診、分娩第三期の管理、産後の母子管理と指導に係るパフォーマンスは50%以下に留まった。出産介助の技術は、熟練助産者、コミュニティヘルスワーカーとも70%前後のパフォーマンスを示した。

3. 包括的で安全な出産ケアを提供するためには、熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカー双方に対してコンピテンシーに基づく研修およびスーパービジョンを組み合わせることで実施することが有用である。出産介助に関しては、熟練助産者、コミュニティヘルスワーカーのどちらが介助してもほぼ同等の質が確保できるが、より安全で質の高い出産ケアを提供するためには、熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカーがチームとなり、問診、分娩第三期の管理、産後の母子管理と指導に関しては、熟練助産者がフォローする必要がある。

有資格者と無資格者のPRE POST結果の比較



有資格者と無資格者のパフォーマンスの比較



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)

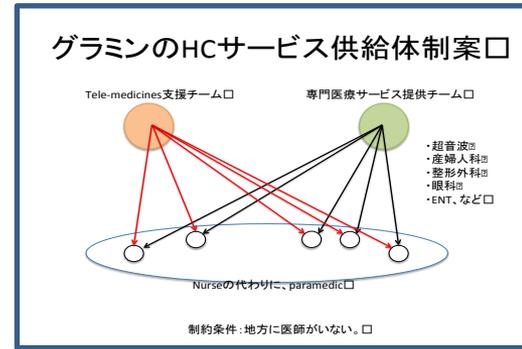
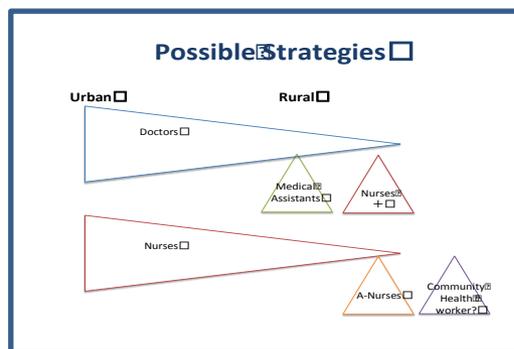
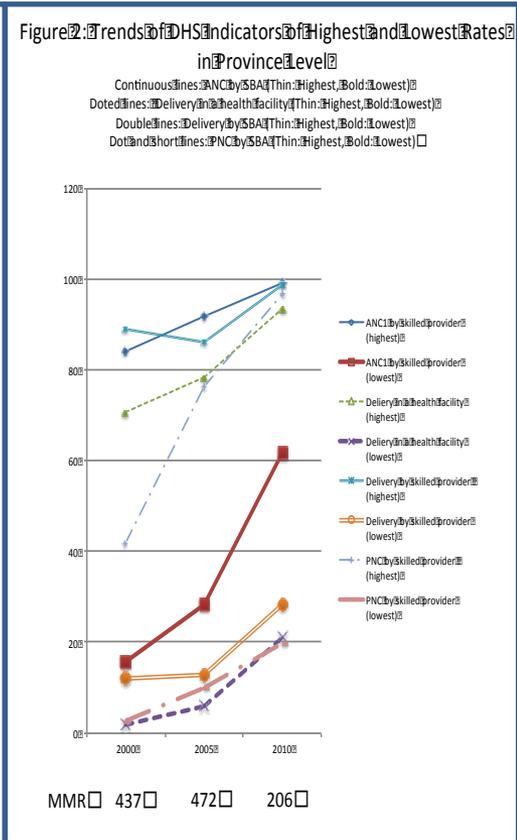
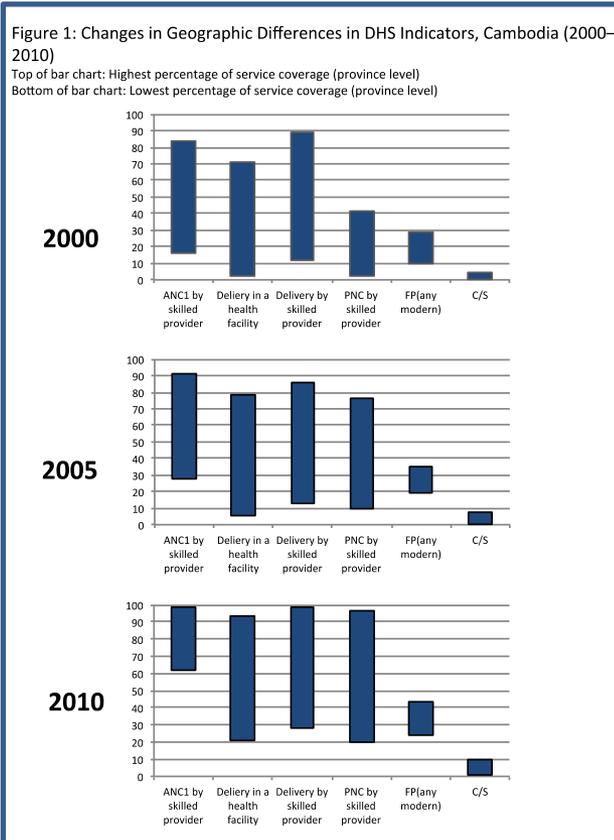
3. 途上国における中間的職種を含む保健医療職能の役割と制度に関して(明石分担分)

(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。



課題番号 : 24指3
 研究課題名 : 研究課題「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 : 看護制度整備、継続教育

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. 研究目的

東南アジア各国（主にカンボジア、ラオス）の看護制度、所掌業務を規定する法規の整備状況を比較分析する。この所見から、今後の国際保健医療協力事業において、途上国の異なる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。

3. 方法

対象国であるラオス、カンボジア、ベトナム、ミャンマーの保健行政官を対象に、看護制度および看護職の所掌業務を規定する法規の整備状況や継続教育の現状や課題をインタビューおよびワークショップ形式により聞き取り記述する。

4. 結果

インドシナ半島に位置するラオス、カンボジア、ベトナム、ミャンマーにおいて看護職の役割を規定する関連法規、規則等の制度整備状況について実施した調査結果を各国対照表にて以下に示す。過去10年間で看護職に関する法規が急速に制定を進められている現状が明らかとなった。

4-1. 規程枠組み:ラオス

免許登録制度	免許更新制度/要件	教育基準	業務基準/倫理規定含	看護実践範囲	コンピテンシー	看護カウンセル	看護協会	Regulatory Body	看護政策等
法律による規制を目指して準備中	実施方向で検討中	保健省令:看護の標準カリキュラム(2004) 保健省令:看護助産規則(2007) 保健省令:看護助産学校管理ガイドライン(2008)	法律:ヘルスケア法(2006) 保健省令:看護助産規則(2008) 保健省令:看護業務範囲ガイドライン(2008) 看護倫理規定はないが、ヘルスケア法と看護助産規則にて守秘義務の規定。看護業務範囲ガイドラインに公平な看護サービスの提供等の規定。	保健省令:看護業務範囲ガイドライン(2009)	保健省令:看護師国家コンピテンシー(2013)	看護に特化したものはない。 保健医療専門職をカバーするメディカルカウンシルがある。(2007)	看護に特化したものはない。 保健医療専門職をカバーするメディカルアソシエーション(2006)	資格免許登録:検討中 教育カリキュラム:教育省と保健省 看護サービス:保健省	なし 首相令:保健人材開発戦略あり(2010) 保健人材の質(免許制度、コンピテンシーにも度づくりカリキュラム等)と量に関する計画。

4-2.規程枠組み:カンボジア



免許登録制度	免許更新制度/要件	教育基準	業務基準/倫理規定含	看護実践範囲	コンピテンシー	カウンシル	看護協会	Regulatory Body	看護政策等
法案整備中		政令: (Royal decree) 高等教育機関認可に関する政令(2003) (Sub decree) 保健人材の教育に関する政令(2007) 教育省令:高等教育機関認可基準(2007) 教育・保健合同省令:保健人材教育機関認可基準(策定中) 保健省令:国家標準カリキュラム(各看護コース別)(2007)	保健省令: 看護師の役割と責任(2003) 政令(Sub decree): 看護倫理規定(2014) 助産倫理規定(2013)	看護カウンシルが現在策定中	保健省令: 看護コンピテンシー(2012) 保健省令: 助産コンピテンシー(2013)	看護カウンシル(2007) 助産カウンシル(2006)	看護協会あり(1996) 助産協会あり(1994、1996年よりICMメンバー)	学校認可: 保健省・教育省合同 国家試験: 保健省 免許登録: 保健省およびカウンシル	おそらくなし 保健人材開発計画(1995-2015) 保健医療全体の量と質に関する計画。看護に特化した記載はない。

4-3.規程枠組み:ベトナム



免許登録制度	免許更新制度/要件	教育基準	業務基準/看護倫理規定含	看護実践範囲	コンピテンシー	カウンシル	看護協会	Regulatory Body	看護政策等
法律:治療と診断に関する法律(2011) 保健省令: 保健専門職の資格登録と開業に関する細則(2011) 看護師への免許発行は2012年から。	なし	教育研修省令により看護等級別に規定あり。 大学看護師(2012) 短大看護師(2010) 中級看護師(2010)	保健省通達:病院で働く看護ケアに関するガイドンス(2011) ベトナム看護協会:看護倫理(2012)	内務省令: 等級別*の看護業務範囲(2005) *看護教育課程別に5つに分類	保健省令:ベトナム看護師標準コンピテンシー** (2012) **看護協会が2010年に策定した「学士看護師標準コンピテンシー」を基に保健省が承認	なし	ベトナム看護協会(1990)	免許付与・剥奪と登録:保健省と省保健局による 教育:教育研修省令 コンピテンシーと病院勤務看護業務基準:保健省 業務実践の範囲:内務省 看護協会のコミットメントあり。	保健省: 医療人材開発計画(2010)主に卒前教育の質・量。 保健省: 看護/助産強化のための国家プログラム2011-2020(2011)

5. 考察

ラオス、カンボジア、ベトナム、ミャンマー各国のこれらの急速な制度整備の動向は、ASEAN 経済連携における域内相互認証の影響も受け、看護人材の質が注目されており、教育カリキュラムの標準化や免許登録制度、継続教育といった規規制枠組みを含めた看護人材開発のための制度整備への関心は高く「ASEAN 看護サービスに関する相互承認協定 (MRA)」の影響を受けていると考えられる。

また、国全体の法規や制度が整う中で、法的根拠、他の法規との整合性、および運用のしやすさを目的に改定が必要とされる。全ての国が、保健医療従事者強化の政策/戦略を策定しているが、看護政策や看護強化に特化した戦略・プログラムを持っている国は少ないことが明らかとなった。

すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態を目指すユニバーサルヘルスカバレッジ (UHC) を実現させるためには、適切な教育を受けた十分な数の人材が、適正に配置され、健康課題に対応できる十分な能力を持ち続け、サービスを提供する必要がある。看護人材は、どの国においても保健医療人材の中で最も大きな割合を占め、UHC 達成に向けた役割への期待は大きい。途上国においては、感染症や母子保健課題に加えて、ライフスタイルの変化に伴う Non Communicable Disease への対策も必要とされており、複雑な保健課題に対応できる看護人材の開発および制度づくりが求められている。そのためには、各国の看護人材開発の制度整備の現状を分析し、各国の制度整備段階に応じた支援を行うことが望まれる。

6. 研究成果

Toyomitsu TAMURA, Miwa SONODA, Chiyoko HASHIMOTO, et al. Current status of the legal framework regarding nursing in Lao PDR, Cambodia, Vietnam and Myanmar, Journal of International Health Vol. × × No. × , 2015, Accepted : 2015/02/19

現在投稿中

橋本麻由美, 看護とUHC—すべての人に保健サービスを届けるための看護人材開発—第 29 回
日本国際保健医療学会学術大会ミニシンポジウム報告, 国際保健医療

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 : 後藤美穂
キーワード : 助産ケア、コンピテンシー
研究成果 :

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% が途上国で起きている。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、特にサブサハラ砂漠以南アフリカ地域における妊産婦死亡率は依然高いままである。

妊産婦死亡削減のグローバルイニシアチブでは、熟練出産介助者（Skilled Birth Attendant：医師、助産師、看護師等のように、正規の教育を受け、正常な妊娠・出産・産褥期において、その管理に必要な熟練した技術を修得し、社会的に認められ、妊産婦や新生児の異常時の管理、緊急移送など、ヘルスプロフェッショナルとして公認された者）による出産ケア、緊急産科新生児ケアの包括的な取り組みが推進されてきた（WHO、2007）。しかしながら途上国では、熟練出産介助者の規定や必要とされる能力、パフォーマンスを明らかにする評価ツールなどが存在しないため、熟練出産介助者が提供している出産ケアの質は標準化されていない。さらに、WHO は、安全な出産のためには 1、000 の出産に対して 6 人の熟練出産介助者の配置が必要としているが、途上国ではその絶対的不足が指摘されており、出産ケアの多くは熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカーの両者によって実施されているのが現状である。コミュニティヘルスワーカーに関しては、規定や教育課程、評価指標がないため、出産ケアの質は客観的に評価されておらず明らかになっていない。

これまで国立国際医療研究センターは、セネガル共和国の貧困州の一つであるタンバクンダ州において、母子保健プロジェクトを通じて、熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカー双方に対し、出産ケア改善のための支援を行ってきた。本研究では、両者の基本的助産業務に必須な能力に関する情報を収集・分析・評価することで、改善のための支援策を導き出すことを目的とする。

2. 方法

- (1) 2012 年 12 月にカメルーンにおいて UN agencies（UNFPA、UNICEF、UN Women and WHO）と GHWA によるワークショップ：Communauté de Pratique des Ressources Humaines de la Santé / Sous Composante Personnels de la Santé de la Reproduction de la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile において、国際助産師連盟（ICM）President Frances Day-Stirk より、ICM の Global Standard と 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おこなった。
- (2) ICM コンピテンシーリストに基づき、助産師協会、国立人材養成校、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、当該国における基本的助産業務に必須な能力の定義と測定基準を明らかにした。
- (3) 測定基準に基づき、保健省母子保健局とともに 7 セッションからなる研修モジュールを作成し、5 州（ダカール州、ファティック州、タンバクンダ州、ケダグ州、コルダ州）のパイロット施設（4 保健医療施設）で働く熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカーに対する研修を実施し、研修前後の知識、及び現場でのパフォーマンスを測定した。

3. 結果

- (1) ICM によると MDG4、5 の指標の悪い国において、助産師の絶対数の不足、助産師規則や標準的教育の未整備により、現場の助産ケアの実践が標準化されていないことなどの課題が明らかにされた。質の高い Midwifery care の実現が現状改善に資するとし、各国は、助産規則、コンピテンシーアプローチ、標準的な教育に取り組む必要があり、これらに基づく卒前教育の強化の推進と、現場における助産ケアの評価が重要であることが述べられた。各国が参照すべき Global Standard と Competencies Tools は、Global Standards for Midwifery Education (2011)、Global Standards for Midwifery Regulation (2011)、Essential Competencies for basic midwifery practice (2010)、Member Association Capacity Assessment Tool (MACAT)、Gap Assessment Tools (ICM 2012)、Model Curriculum Outlines for Professional Midwifery Education (2012)、Standard ICM Competency-Based List for Basic Skills Training in Midwifery Schools (2012) である。また、各国が参照すべき助産ケアのコンピテンシーの領域は、1. Social, epidemiologic and cultural context of maternal-newborn care、2. Pre-pregnancy care & family planning、3. Care during pregnancy、4. Care during labour & birth、5. Care for women during postpartum period、6. Postnatal care of the newborn、7. Facilitation of abortion-related care である。
- (2) これに基づき、セネガルにおいて助産師協会、国立人材養成校、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（表 1）。

(表 1) 助産ケアに必要なコンピテンシーリスト

知識	技能(1)
<p>この仕事に従事する者は、以下の全項目を認識ないしは理解している。</p> <ul style="list-style-type: none"> - エビデンスに基づく医学の定義 - エビデンスに基づく医学の正当性 - エビデンスに基づく医学の情報源 - エビデンスに基づく医学のプロセス - 文献に基づく科学的エビデンスのレベルや推奨方式の等級など、エビデンスレベルの構造化 - 通常分娩時におけるWHO推奨ケアの適正な実施（通常分娩実施カテゴリー） - 新生児に対する人間的なケアと緊急手当て - 危険な徴候を示さない低体重児のカンガルーケア - 産婦および新生児の安全と感染予防の観点から見た仕事内容の質 - フリースタイル分娩と全般事項 - フリースタイル分娩条件（分娩室の整備と良好な環境、付属設備や装備、提供サービス、産婦） - 娩出時の種々の体位（仰臥位、四つん這い、側臥位、スクワット、座位、立位、水中分娩） - フリースタイル分娩の種々の体位（仰臥位、四つん這い、スクワット、立位、側臥位、座位）の長所と短所 - 産後の母と新生児に対する指導 	<p>この仕事に従事する者は、以下の技能を有する。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 分娩進行に関する科学的データ、ならびに分娩中の母体の重大な徴候を書きとめる。 - 分娩中に的確な身体検査を行う。 - 胎児の位置ならびに下降度を確認するために完全な腹部触診を行う。 - 子宮収縮時間を計測し、その効果を評価する。 - 完全的確な骨盤検査を行い、開大、下降度、胎向、胎位、羊膜の状態を評価するとともに、骨盤が経膈分娩にふさわしいかどうかを評価する。 - パルトグラム（データ、または類似の記録ツール）によるデータを分析して分娩の進行を監視する。 - 分娩時に産婦とその家族が望むすべての情報や説明を提供する。 - 産婦とその家族を心理的、身体的に支援し、通常分娩を促進する。 - 産婦が信頼を置いている人物に分娩時の立ち会いを勧める。 - 分娩時に、医薬品以外の適切なものや食べ物を勧めて気分転換を図る。 - 分娩時に産婦が望む体位を尊重し支援する。 - 分娩中の異常をすみやかに察知し、適切な時期に適切な措置を施すとともに、必要に応じて産婦をふさわしい治療施設に移動させる。 - 産科上の緊急ケースが発生した場合（例：臍帯脱、胎位異常、肩甲難産、胎児の苦痛）には、医師の到着および（または）産婦移動を待つ間、ただちに胎児の生命を守るために必要な救命措置を施す。 - 胎盤と羊膜を検査し、それらが完全であることを確認する。
<p>技能(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 母体の出血量を評価し記録する。 - わずかでも裂傷がないかどうかを確認するために膣と子宮頸部を検査する。 - ショックの有無の確認とその管理。 - 産婦が合併症を示す場合には、方が一移動中に必要となった時に緊急措置を行い続けることができるよう同伴人員を確保したうえで、手遅れにならないうちに適切な上級の医療施設に産婦を移動させる。 - 臍帯をクランプで止めて切断すること、赤ん坊の身体を拭き取ること、気道を確保すること、呼吸がしっかり行われているのを確認することなど、新生児に必要な手当てを行う。 - 新生児の元気を評価する（例：アプガースコア）。 - 誕生時に体重の軽い子に関してはカンガルーケアなどを利用して適切な措置を施すとともに、重篤な合併症を示す子や誕生時の体重がきわめて軽い子の場合には他の医療施設への移動を行う。 - 生存の障害となりうる問題を発見するために、新生児の身体検査を行う。 - 胎齢を評価する。 - 誕生後、可能な限りすみやかに新生児を哺乳態勢につかせるとともに、母乳のみの授乳を推奨する。 - 出産後の保健指導を実施する。 	

(3) 上記コンピテンシーを到達するための7セッションからなる研修モジュール；1) ケアの質改善アプローチとしての5S・KAIZEN、2) 根拠に基づいた医療、3) 正常出産に関するWHO規格、4) 新生児への温かく人間的なケア、5) フリースタイル出産、6) 産褥期の産婦と新生児のケア、7) 根拠に基づく妊産婦ケアコンセプトと保健システム強化モデルを作成し、5州（ダカール州、ファティック州、タンバクンダ州、ケダウグ州、コルダ州）のパイロット施設（4保健医療施設）で働く熟練出産助産者47人とコミュニティヘルスワーカー52人に対して同内容の研修を実施した。研修実施前後に、上記コンピテンシーの知識を測定する21項目からなるTESTを実施した。

- 1) 無資格者のPRE POST TESTの標準偏差はPRE:2.7, POST:3.3、平均値はPRE:8, POST:14、最小値はPRE:2, POST:7、最大値はPRE:14, POST:19であった。
- 2) 有資格者のPRE POST TESTの標準偏差はPRE:2.7, POST:2.7、平均値はPRE:8, POST:15、最小値はPRE:2, POST:6、最大値はPRE:14, POST:19.5であった。（表2）

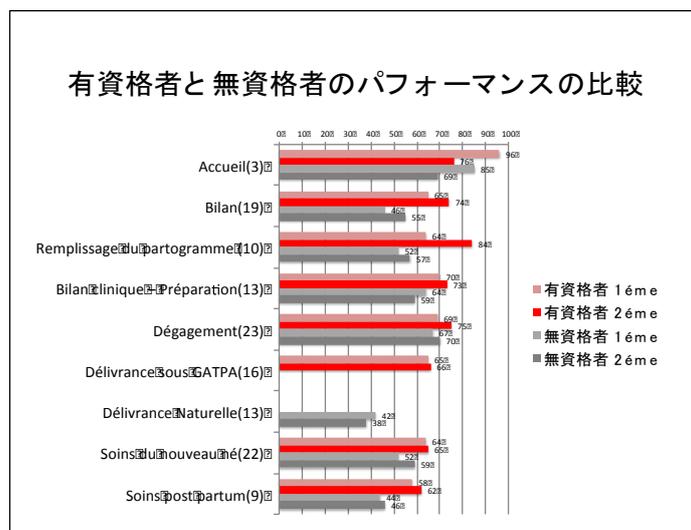
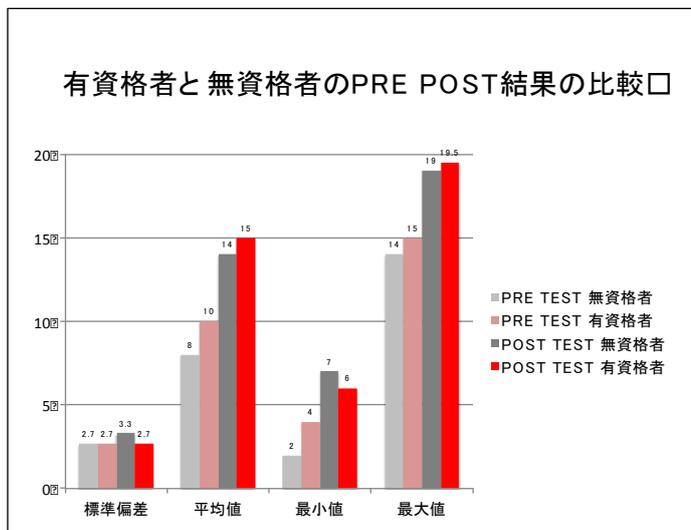
(4) 上記コンピテンシーの現場におけるパフォーマンスを測定する8領域；1) 受け入れ、2) 問診、3) パルトグラムを用いた分娩経過のモニタリング、3) 出産助産の準備、母と家族に対する指導、4) 出産助産の技術、母と家族に対する保健指導、5) 分娩第三期の積極的管理（有資格者のみ）、6) 分娩第三期の管理（コミュニティヘルスワーカー）、7) 新生児ケア、8) 産後の母子管理について116項目からなるチェックリストを用いて、研修実施後3ヶ月（1回目）、6ヶ月後（2回目）に熟練出産助産者（1回目32人、2回目21人）とコミュニティヘルスワーカー（1回目48人、2回目42人）に対するスーパービジョンを実施した。

- 1) 無資格者の1) 受け入れは、1回目85%、2回目69%、2) 問診は1回目46%、2回目55%、3) パルトグラムを用いた分娩経過のモニタリングは1回目52%、2回目57%、4) 出産助産の準備、母と家族に対する指導は1回目64%、2回目59%、5) 出産助産の技術は1回目67%、2回目70%、6) 分娩第三期の管理（コミュニティヘルスワーカー）は1回目42%、2回目38%、7) 新生児ケアは1回目52%、2回目59%、8) 産後の母子管理と指導は1回目44%、2回目46%であった。

- 2) 有資格者の 1) 受け入れは、1 回目 96%、2 回目 76%、2) 問診は 1 回目 65%、2 回目 74%、3) パルトグラムを用いた分娩経過のモニタリングは 1 回目 64%、2 回目 84%、4) 出産介助の準備、母と家族に対する指導は 1 回目 70%、2 回目 73%、5) 出産介助の技術は 1 回目 69%、2 回目 75%、6) 分娩第三期の積極的管理（有資格者）は 1 回目 65%、2 回目 66%、7) 新生児ケアは 1 回目 64%、2 回目 65%、8) 産後の母子管理と指導は 1 回目 58%、2 回目 62%であった。（表 3）

（表 2）有資格者と無資格者の PRE POST 結果の比較

（表 3）有資格者と無資格者のパフォーマンスの比較



4. 考察

- 熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカー研修実施後の TEST 結果から、コミュニティヘルスワーカーは、熟練助産者と同等の助産ケアに係る知識を習得する能力を兼ね備えていることが分かった。
- 熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカー研修実施後のスーパービジョンの結果から、熟練助産者は、8つの全ての領域において60%以上のパフォーマンスを示すが、コミュニティヘルスワーカーは、60%以上のパフォーマンスを示した領域は、出産介助の準備、母と家族に対する指導の3領域に留まり、問診、分娩第三期の管理、産後の母子管理と指導に係るパフォーマンスは50%以下に留まった。出産介助の技術は、熟練助産者、コミュニティヘルスワーカーとも70%前後のパフォーマンスを示した。
- 包括的で安全な出産ケアを提供するためには、熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカー双方に対してコンピテンシーに基づく研修およびスーパービジョンを組み合わせる実施することが有用である。出産介助に関しては、熟練助産者、コミュニティヘルスワーカーのどちらが介助してもほぼ同等の質が確保できるが、より安全で質の高い出産ケアを提供するためには、熟練出産介助者とコミュニティヘルスワーカーがチームとなり、問診、分娩第三期の管理、産後の母子管理と指導に関しては、熟練助産者がフォローする必要がある。

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
Current status of the legal framework regarding nursing in Lao PDR, Cambodia, Vietnam and Myanmar	Toyomitsu TAMURA, Miwa SONODA, Chiyoko HASHIMOTO, et al	国際保健医療	6月号	2015年
看護とUHC－すべての人に保健サービスを届けるための看護人材開発－第29回日本国際保健医療学会学術大会ミニシンポジウム報告,	橋本麻由美, 他	国際保健医療	投稿中	

学会発表

タイトル	発表者	学会名	場所	年月
カンボジアにおける妊産婦死亡率減少に関する一考察	明石秀親、小山内泰代、明石留美子	に本国際保健医療学会、第33回西日本地方会	鹿児島純心女子大学	2015年2月

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

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。