

Technical Report

国立研究開発法人国立国際医療研究センター
国際医療協力局

テクニカル・レポート vol. **11**

November, 2018

カンボジア・ラオス・ベトナム・ミャンマー
における看護人材開発制度と
ASEANにおける相互認証協定 (MRA)

国立研究開発法人国立国際医療研究センター
国際医療協力局

テクニカル・レポート vol. **11**

November, 2018

カンボジア・ラオス・ベトナム・ミャンマー
における看護人材開発制度と
ASEAN における相互認証協定 (MRA)



略語表

ADN	Associate Degree in Nursing 看護準学士
AEC	ASEAN Economic Community アセアン経済共同体
AFAS	ASEAN Framework Agreement on Services アセアンサービス枠組み協定
AJCC	ASEAN Joint Coordination Committee アセアン合同調整委員会
AJCCN	ASEAN Joint Coordinating Committee on Nursing アセアン看護合同調整委員会
APSC	ASEAN Political-Security Community アセアン政治・安全保障共同体
AQRF	ASEAN Qualification Reference Framework アセアン資格参照枠組み
ASCC	ASEAN Socio-Cultural Community アセアン社会・文化共同体
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations アセアン、東南アジア諸国連合
BSN	Bachelor of Science in Nursing 看護学士
CEDHP	Center for Educational Development for Health Professional 保健専門職のための教育開発センター
CPA	Complementary Package of Activities (レファラル病院の治療やケアに関する) 活動パッケージ
CPD	Continuing/Continuous Professional Development 継続教育
EU	European Union 欧州連合
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit 独国際協力公社
HIV	Human Immunodeficiency Virus ヒト免疫不全ウイルス
HSSWG	Healthcare Services Sectoral Working Group 保健医療サービスセクター作業部会
JICA	Japan International Cooperation Agency 独立行政法人 国際協力機構 (日本)
KOICA	Korea International Cooperation Agency 韓国国際協力機構
MDGs	Millennium Development Goals ミレニアム開発目標
MNMC	Myanmar Nursing and Midwifery Council ミャンマー看護・助産師評議会
MRA	Mutual Recognition Arrangements 相互承認協定
MSN	Master of Science in Nursing 看護学修士
NCGM	National Center for Global Health and Medicine 国立研究開発法人 国立国際医療研究センター
NEE	National Exit Examination 国家卒業試験
NGO	Non-Governmental Organization 非政府組織
ODA	Official Development Assistance 政府開発援助
OSCE	Objective Structured Clinical Examination 客観的臨床実技試験
RTC	Reginal Training Center 地方 (保健人材) 研修センター
SDGs	Sustainable Development Goals 持続可能な開発目標
SEDP	Socio-Economic Development Plan 社会経済開発計画
TSMC	Technical School of Medical Care 看護助産人材育成校
UHC	Universal Health Coverage ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
UHS	University of Health Sciences 保健科学大学 (カンボジア)
USAID	US Agency for International Development 米国国際開発庁
WHO	World Health Organization 世界保健機構

はじめに

2030年までの持続可能な開発目標（SDGs）達成のための一手段として、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成を掲げることが多くなりました。UHC達成には、「適切な教育を受け能力のある保健人材が、適切な場所に、適切な数配置され、保健医療サービスを提供すること」が必須です。地球環境の変化や高齢化等による疾病構造や社会ニーズの変化に応じて、保健医療サービスの内容は変革が求められ、提供者である保健人材の資質も適切に変化していく必要があります。これに加え、保健人材の配置と定着の問題が先進国、開発途上国を問わず存在しています。適切な教育を受け、住民に必要な保健医療サービスを提供することが期待されている保健人材が都市部に集中・偏在し、へき地においては定着しないといった問題です。さらに、国家間の移動（出稼ぎや頭脳流出）や国際的偏在も引き続き大きな課題となっています。

欧州連合（EU）圏内では、経済の活性化を目的に保健人材を含む労働者の域内移動の自由化を進めてきました。この目的を達成するために、EUは長年にわたり労働者の自由移動を阻害する要因を除去しようと行動してきました。東南アジアでも同様の動きが見られます。東南アジア諸国連合（ASEAN）は経済共同体を設立し、EU同様、経済の活性化を目的に域内の熟練労働者の移動をより効果的に行うことを目指し、2000年代半ばから相互承認協定（MRA）を締結しました。以降、実現に向けた動きが国レベルで加速しています。NCGM国際医療協力局は、長年カンボジア・ラオス・ミャンマー・ベトナムにおいて、保健人材、中でも看護職を中心に人材開発制度整備を支援してきましたが、関連する多くの活動がこのASEAN MRAの影響を受けたと言えます。

本テクニカル・レポートは、ASEAN MRAの動向と各国における看護人材開発への影響について記述を試みました。具体的には、カンボジアとベトナムに関しては、我々が開発したハウスモデルを用いて看護人材開発制度の変遷について分析を行いました。ミャンマーとラオスに関しては、看護人材の質の担保に必要な教育の標準化や資格・免許等に係る法的枠組みの整備に焦点を当て分析を行いました。最後に、ASEAN MRAに係る各国の達成状況と、その中でのNCGM看護職の関わりについても述べます。

本レポートがNCGM国際医療協力局のアーカイブスとなるとともに、この分野に関心をもつ国際協力の実務者、研究者、学生の皆様のご参考になれば幸いです。

目次

カンボジア・ラオス・ベトナム・ミャンマーにおける 看護人材開発制度と ASEAN における相互認証協定 (MRA)

略語表	03
はじめに	04
I. ASEAN における相互承認協定 (MRA) の動向と看護人材	06
国立国際医療研究センター グローバルヘルス政策研究センター 早稲田大学大学院アジア太平洋研究科	山田 順子 / 勝間 靖
II. カンボジア・ラオス・ベトナムにおける看護職の高等教育化の変遷	11
国立国際医療研究センター 国際医療協力局	藤田 則子
III. カンボジアにおける看護リーダー人材育成の変遷、現状と課題	15
東京大学大学院医学系研究科 国際地域保健学教室 (特活) シェア = 国際保健協力市民の会	虎頭 恭子
国立国際医療研究センター 国際医療協力局	松岡 貞利
IV. ベトナム看護人材開発制度の分析と課題	22
国立国際医療研究センター 国際医療協力局	五十嵐 恵 / 深谷 果林
V. ミャンマーにおける看護師・助産師養成の現状と課題	27
近畿大学 社会連携推進センター	安田 直史
VI. ラオスの看護の質を規定する法規の変遷と概要	30
聖路加国際大学大学院 看護学研究科	橋本 麻由美
VII. NCGM が実施してきた看護プロジェクトの変遷からみえた看護分野への協力への提言	38
国立国際医療研究センター 国際医療協力局	橋本 千代子

ASEAN における相互承認協定（MRA）の 動向と看護人材

国立国際医療研究センター 国際医療協力局
グローバルヘルス政策研究センター（iGHP） 客員研究員
早稲田大学大学院アジア太平洋研究科博士後期課程

山田 順子

国立国際医療研究センター 国際医療協力局
グローバルヘルス政策研究センター（iGHP）
グローバルヘルス外交・ガバナンス研究科長

勝間 靖

1. ASEAN 共同体における ASEAN 経済共同体（AEC）とサービス貿易

東南アジア諸国連合（ASEAN）は、1967年の発足以降、ASEAN 経済共同体（ASEAN Economic Community: AEC）の実現へ向け、地域の経済的統合を進めるため、物品、サービスおよび投資分野の自由化を行ってきた。2003年には「第二 ASEAN 協和宣言」が採択され、2020年までに、AECに加え、「ASEAN政治・安全保障共同体（ASEAN Political-Security Community: APSC）」、「ASEAN社会・文化共同体（ASEAN Socio-Cultural Community: ASCC）」から構成される「ASEAN 共同体（ASEAN Community）」を設立することで合意した。2007年の首脳会合では、ASEAN 共同体設立の目標年次を、2020年から2015年に前倒すことにした。

2007年に『ASEAN 憲章』が採択・署名され、翌年の2008年に発効したことによって、ASEANは国際法上の地域機構となった。2009年には3つの共同体の「ブループリント」（青写真）を含めたロードマップが作成され、ASEAN 共同体の設立に向けた明確な道筋が示された。その結果、2015年12月31日には、APSC、AECおよびASCCによって構成されるASEAN 共同体が発足した。

AECにおけるサービス貿易の自由化は、1995年のASEAN サービス枠組み協定（ASEAN Framework Agreement on Services: AFAS）の署名に始まる。AECの枠組みの中で、AFASに基づき、サービス貿易の自由化が進められてきた。

サービス貿易は、一般的に4つの形態に分類される（表1.1）。本章では、人の移動によるサービス提供（第4モード）を扱う。つまり、エンジニア、建築士、看護師や医師などの熟練労働者（skilled labour）がASEAN域内の他国でサービスを提供する場合である。

表 1.1 サービス貿易の形態と医療サービスの例

モード	内容	例（医療サービス）
第1モード 越境取引	ある加盟国の領域から他の加盟国の領域へのサービス提供 《サービスの越境》	遠隔医療
第2モード 国外消費	ある加盟国の領域における他の加盟国のサービス消費者へのサービス提供 《需要者の越境》	医療ツーリズム
第3モード 商業拠点	ある加盟国のサービス提供者による、他の加盟国の領域における 商業拠点を通じたサービス提供 《商業拠点の越境》	国外での病院設立・運営
第4モード 人の移動	ある加盟国のサービス提供者による、他の加盟国の領域内における 自然人を通じてのサービス提供 《供給者（自然人）の越境》	他国での外国人看護師としての就労

出典：(1) を元に作成

2. ASEAN 相互承認協定（MRA）

通常、モノ（物品）の貿易においては関税措置が障壁となるが、サービス貿易では各国国内の資格や免許制度などの規制措置が障壁となる。したがって、サービス貿易の自由化へ向け、第4モードに関する制限の緩和のため、ASEAN加盟国は熟練労働者の移動に関し、資

格の相互承認協定（Mutual Recognition Arrangements: MRA）を締結してきた。AECブループリント（2007年）では、それまで署名済みのエンジニアおよび看護に加え、建築、会計、測量、医師、歯科のサービス7分野についてMRAを進めることが目標とされていた。結果、現在まで、表1.2にあるサービス7分野のMRAが締結されている¹。MRAの目的は、1) ASEAN域内での専門職の移動の円滑化、2) 加盟国間での規制や資格に関する情報交換・共有、3) ベストプラクティスの採用、4) 能力開発と専門職の訓練・教育の機会の提供である²。

表 1.2 ASEAN 相互承認協定（MRA）の状況

分野	署名日	地域登録制度
エンジニアリングサービス	2005年12月9日	有
看護サービス	2006年12月8日	無
建築士サービス	2007年11月19日	有
医師	2009年2月26日	無
歯科医師	2009年2月26日	無
観光業 ³	2012年11月9日	有
会計サービス	2014年11月13日	有（準備中）

出典：(2) を元に作成

7分野のMRAは各々異なるアプローチを採用しており、エンジニア、建築および観光サービス分野ではASEAN地域レベルの登録制度が創設されているが、それ以外のサービスについては現在のところ地域登録制度は存在しない。

3. 保健医療サービス分野（看護師、医師、歯科医師）のMRA

保健医療サービス分野では、看護師（2006年）、医師（2009年）、歯科医師（2009年）のMRAが締結されている。通常、保健医療に関する事項に関してはASCCで扱われているが、加盟各国の経済・貿易大臣によってMRAが署名されているとおり、医療専門職である医師や看護師などの熟練労働者の移動はAECで扱われている。

看護サービスのMRA(3)によると、看護師がASEAN域内の他国で外国人看護師として就労するために必要な資格要件は、以下の6項目であり、これら要件を満たせば、他のASEAN加盟国で外国人看護師として就労することができる。ASEAN加盟各国の看護師受入れに関する要件は表1.3のとおりである。医師、歯科医師のMRAについては、実務経験年数が異なるものの、看護サービス同様の条件が課されており、受入国の専門職規制当局の定める要件を満たすことが求められている。

- ① 出身国の看護規制当局によって認められた看護師免許の保有
- ② 出身国での有効な看護師登録とそれを証明する書類の保有
- ③ 継続して最低3年以上の実務経験
- ④ 継続教育（CPD）の受講
- ⑤ 職務倫理に反した行為をしていないことの証明
- ⑥ 受入国政府や看護規制当局が定めるその他の要件（表1.3参照）を満たすこと

MRAの実施促進のため、保健医療サービス貿易の円滑化や同分野における加盟各国の協働を目的に、保健医療サービスセクター作業部会（Healthcare Services Sectoral Working Group: HSSWG）が設置されている。さらに、HSSWGの下に、MRA実施のため、職種ごとに

1. 測量士については、測量士資格の相互承認に関する取極め枠組み（“Framework Arrangement for the Mutual Recognition of Surveying Qualifications”）が2007年11月に署名されているが、実際に相互承認を行う制度は設けられていないため除外した。
2. エンジニアと会計士のMRAでは、「能力開発と専門職の訓練・教育の機会の提供」は目的とはされていない。
3. 観光専門職のMRAは観光大臣により署名が行われた。それ以外は、経済・貿易大臣による署名。

ASEAN 合同調整委員会（ASEAN Joint Coordination Committee: AJCC）が設置され（図 1.1）、加盟国間で各国の規制や登録の要件等に関する情報交換等が行われている。AJCC には、各加盟国の専門職規制担当局の代表者が参画している。

看護サービスについては、2006 年 12 月の MRA の署名後、ASEAN 看護合同調整委員会（ASEAN Joint Coordinating Committee on Nursing: AJCCN）が設置され、2007 年 6 月に第 1 回会合が開催された。委員会は機能しており、年に 3 回会合が開催されている。

MRA 署名当初の段階では、看護サービスに関する特定の規制や規制当局が存在しない加盟国が多かったが、MRA 署名を契機に規制の強化や規制当局の整備が進展した。2007 年から 2015 年までの AJCCN の成果として、① ASEAN 共通看護コアコンピテンシー 5 領域⁴の採択、② AJCCN のウェブサイト⁵の設置、③暫定的許可の要件、継続教育（continuing professional

図 1.1 MRA 実施に係る体制



表 1.3 ASEAN 各国の看護規制当局（NRA）と看護師受入要件⁶

国	看護規制当局（NRA） ⁷	要件			
		コンピテンシアセスメント ⁸	語学 ⁹	学位 ¹⁰	国家看護資格試験 ¹¹
ブルネイ	Nursing Board for Brunei	現時点では N/A	マレー語および英語 (外国人看護師はマレー語を学ぶことが望ましい)	ディプロマ 看護学士	現時点では N/A
カンボジア	保健省	要受験	クメール語	ディプロマ 看護学士	要受験
インドネシア	保健省	要受験	インドネシア語	看護学士	要受験
ラオス	保健省	不要 (将来必要となる可能性有)	ラオス語	ディプロマ (3 年) 看護学士	要受験
マレーシア	Malaysia Nursing & Midwifery Boards	N/A	英語 (地元の看護師はマレー語 または英語で試験を受験できる)	ディプロマ (3 年) 看護学士	N/A
ミャンマー	保健省および Myanmar Nursing and Midwifery Council (MNMC)	(将来的には技能測定を検討)	英語 ただし、ミャンマー語が望ましい	ディプロマ (3 年) 看護学士または学士相当	要受験
フィリピン	Professional Regulation Commission, Board of Nursing	(記載なし)	英語	看護学士	要受験
シンガポール	Singapore Nursing Board	要受験	英語	ディプロマ 看護学士	要受験
タイ	Thailand Nursing Council	(検討中)	タイ語	最低限ディプロマ (3 年)	要受験
ベトナム	保健省	現時点では N/A	ベトナム語あるいは 通訳者を介すること	ディプロマ 看護学士	免許申請を行う

4. 2009 年 11 月の第 6 回 AJCCN 会合で決定した、① Ethics and Legal Practice、② Professional Nursing Practice、③ Leadership and Management、④ Education and Research、⑤ Professional, Personal and Quality Development の 5 領域

5. <http://www.asean.org/asean-economiccommunity/sectoral-bodies-under-the-purview-of-aem/services/healthcareservices/nursing-services-ajccn/>

6. 第 18 回 ASEAN 看護合同調整委員会（AJCCN）会合時点。年月日不明。

7. ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Nursing Services, (2006) .

8. ASEAN Joint Coordinating Committee on Nursing. Registration Requirements Process for Overseas-qualified Nurses, As of 18th AJCCN.

9. ASEAN Joint Coordinating Committee on Nursing. Language Requirements for Licensing and Registration, As of 18th AJCCN.

10. ASEAN Joint Coordinating Committee on Nursing. Registration Requirements Process for Overseas-qualified Nurses, As of 18th AJCCN.

11. Ibid.

development: CPD)、登録要件、免許の有効期間、語学要件等に対する各加盟国の方針に関する情報を纏めた比較表の完成、の3点が挙げられている(4)。

2006年のMRA署名以降、上記のような成果が見られる一方、看護サービス分野を含む保健医療サービス分野のMRAの国内実施の遅れが指摘されている。ASEAN地域において、MRAが最も進展しているのは観光業分野であり、保健医療分野（看護師、医師、歯科医師）のMRAは最も閉ざされたMRAであるとの指摘がある(5)。理由としては、地域共通の資格や認証組織が整備されていないため、受入国で独自に設けられた要件を満たさなければならず、相互認証の機会が最も少ないということが挙げられている(5,6)。

また、ASEAN域内のMRAに依らずとも、各国で定められた基準を満たせば、ASEAN加盟国以外の国からの看護師でも就労することが可能であることから、MRAによるASEAN域内に限定した地域枠組みの存在意義については、他の制度に比べて何らかの優位性や付加価値があるのかについては定かではないとする意見もある(2)。

4. ASEANにおける看護師の移動

それでは、MRAは実際に看護師の域内での移動に対し、どのような影響を与えたのだろうか。ASEAN域内での看護師の移動に関するデータはAJCCNのホームページ上では公表されていないため、全容を把握することは困難である。しかし、ホームページ等で確認できる範囲において、ブルネイ、マレーシアおよびミャンマーについては、他のASEAN加盟国からの外国人看護師（以下、ASEAN外国人看護師）の登録状況についてのデータを公表している(表1.4)。3カ国におけるASEAN外国人看護師の登録概要は以下のとおり。

- ブルネイでは、2015年時点でブルネイ人看護師が2,247人のところ、ASEAN外国人看護師は371人、ASEAN以外の外国人看護師は67人が登録されている¹²。
- マレーシア保健省看護部門は、MRAが署名された2006年から2016年までの、マレーシア人看護師、ASEAN外国人看護師およびASEAN以外の外国人看護師の登録数を公表している。それによると、ASEAN外国人看護師の登録数は、2006年は86人、2009年には286人にも上ったものの、2016年は4人という状況である。なお、これまでラオス人およびカンボジア人看護師の登録数はゼロである。ASEAN外国人看護師として多数を占めているのは、フィリピン、ミャンマー、インドネシアからの看護師である。
- ミャンマー看護・助産師評議会(MNMC)によると、2016年のASEAN外国人看護師の登録数は15人とのことである。これまで、タイ、シンガポール、ベトナム、フィリピンからの看護師が登録されている。

3カ国のデータから、3カ国ともASEAN以外の外国人看護師の登録数が一定程度あることや、カンボジアおよびラオス人看護師の移動がみられないことなどが分かるものの、これらのデータのみではMRAの影響を判断することはできないため、AJCCNからのデータ公表や今後の研究が待たれる。

表 1.4 ASEAN外国人看護師登録数に関する公表状況

国	組織名	URL	ASEAN外国人看護師に関する公表データ
ブルネイ	Nursing Board for Brunei	http://www.moh.gov.bn/SitePages/Nursing%20Board%20For%20Brunei.aspx	2015年時点のASEAN外国人看護師および助産師登録数
マレーシア	Nursing Division, Ministry of Health	http://nursing.moh.gov.my/asean/	2006～2016年のASEAN外国人看護師登録数
ミャンマー	Myanmar Nursing and Midwifery Council (MNMC)	http://www.mnmcmyanmar.org/	2013～2016年のASEAN外国人看護師および助産師登録数

12. ASEAN外国人看護師371人の内訳は、インドネシア20人、マレーシア80人、ミャンマー6人、フィリピン261人、タイ4人。ASEAN以外の外国人看護師の出身国は不明。

5. ASEAN 看護サービス MRA の今後

ASEAN 共同体発足の直前、2015 年 11 月に ASEAN 共同体の今後 10 年間（2016 - 2025 年）の方向性を示す ASEAN 2025: Forging Ahead Together (9) が採択された。ASEAN 2025 の一部として発表された AEC ブループリント 2025 (10) では、熟練労働者の移動は、「熟練労働者および商用訪問者の移動円滑化¹³⁾」の中で扱われており、域内の熟練労働者の移動の円滑化のため、引き続き既存の MRA を改善していくとともに、新たな分野の MRA についての実現可能性を検討することが記載されている。また、保健医療の項では、域内の保健医療専門家の移動を更に促進することが記載されている。

また、AEC ブループリント 2025 では、熟練労働者の移動の円滑化を目的とした、ASEAN 資格参照枠組み（ASEAN Qualification Reference Framework: AQRF）の実施についても言及されている。AQRF は、各国で異なる資格を比較可能とするために合意された、熟練労働者の移動（第 4 モード）に関する新たな取り組みである。AQRF はその分野横断的な性質から、経済大臣（2014 年）、教育大臣（2014 年）および労働大臣（2015 年）により承認を得ている。

MRA 実施の過程で明らかになった課題の一つが、各国の教育制度・資格制度の違いである。専門家資格の背景となる教育制度、専門家訓練制度に根本的な差が存在する場合、相互承認が困難となる。看護分野も例外ではなく、ASEAN 加盟各国の看護教育および資格制度は異なっている。たとえば、多くの国で看護学士は 4 年課程であるところ、インドネシアにおいて看護学士は 5 年課程である。また、ブルネイ、ベトナムおよびラオスでは看護師国家資格試験制度が存在しない（11）。こうした状況を踏まえ、資格の相互参照を円滑化するために AQRF が採用された。AQRF は MRA を補完するものとして考えられている¹⁴⁾。

地域レベルでの取り組みの他、加盟各国国内での取り組みや ASEAN 加盟国間での協力も行われている。教育・資格制度の調和化へ向けた ASEAN 加盟国間の協力の一例として、Cambodia Nurse Bridging Program が挙げられる。同プログラムでは、フィリピン大学看護学部がカンボジアの Associate Degree in Nursing (ADN) を看護学士 (BSN) へと格上げするための支援を行った¹⁵⁾。また、国際協力機構 (JICA) の技術協力プロジェクト「カンボジア国医療技術者育成システム強化プロジェクト」もタイへの留学による看護学士取得支援を行った（第 4 章参照）。また、JICA はカンボジアとともに、「ラオス国母子保健人材開発プロジェクト」を通じて、ラオスの看護規則や免許登録制度の整備に関する協力を行ってきた。

MRA 実施に向けた地域レベルでの取り組みに加え、ASEAN 加盟各国における取り組みが、地域全体の看護の質の向上や確保にどのような影響をもたらすのか、また、結果的に看護師の ASEAN 域内での移動にどのように影響を与えるのか、今後の動向が注目される。

13. Facilitating Movement of Skilled Labour and Business Visitors (p.68) . ASEAN Secretariat. ASEAN 2025: Forging Ahead Together. Jakarta: ASEAN Secretariat; 2015.

14. <http://asean.org/asean-economic-community/sectoral-bodies-under-the-purview-of-aem/services/asean-qualifications-reference-framework/>

15. <http://upcn.upm.edu.ph/node/22>

【参考文献】

- (1) 経済産業省通商政策局, editor. 2017 年版不正貿易報告書—WTO 協定および経済連携協定・投資協定から見た主要国の貿易政策: 経済産業省; 2017.
- (2) 福永佳史. ASEAN 経済共同体における人の移動. In: 石川幸一、清水一史、助川成也, editor. ASEAN 経済共同体の創設と日本: 文眞堂; 2016. p. 153-68.
- (3) ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Nursing Services, 2006.
- (4) ASEAN Joint Coordinating Committee on Nursing. AJCCN Achievements (2007-2015) . Bangkok, Thailand: 2016.
- (5) Mendoza DR, Desiderio MV, Sugiyarto G, Salant B. Open Windows, Closed Doors: Mutual Recognition Arrangements on Professional Services in the ASEAN Region: Asian Development Bank; 2016.
- (6) Mendoza DR, Sugiyarto G. The Long Road Ahead: Status Report on the Implementation of the ASEAN Mutual Recognition Arrangements on Professional Services: Asian Development Bank; 2017.
- (7) ASEAN Joint Coordinating Committee on Nursing. Registration Requirements Process for Overseas-qualified Nurses, As of 18th AJCCN.
- (8) ASEAN Joint Coordinating Committee on Nursing. Language Requirements for Licensing and Registration, As of 18th AJCCN.
- (9) ASEAN Secretariat. ASEAN 2025: Forging Ahead Together. Jakarta: ASEAN Secretariat; 2015.
- (10) ASEAN Secretariat. ASEAN Economic Community Blueprint 2025. Jakarta, Indonesia 2015.
- (11) Efendi F, Nursalam N, Kurniati A, Gunawan J. Nursing qualification and workforce for the Association of Southeast Asian Nations Economic Community. Nursing forum [Cited on 9 November 2018]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nuf.12243>

II

カンボジア・ラオス・ベトナムにおける 看護職の高等教育化の変遷

国立国際医療研究センター（NCGM） 国際医療協力局

藤田 則子

1. 背景

東南アジア諸国連合（ASEAN）は、2007年に掲げた自由貿易政策の一環として、専門職の職業資格に関する相互承認協定（Mutual Recognition Arrangement: MRA）を2015年、2020年までの段階を踏んで確立させ、質の担保された熟練労働者の域内移動を可能にする方向である（1）。ASEANにおけるMRAの動向については第1章にゆずるが、MRA対象8職種（エンジニア・建築・看護・医師・歯科医師・経理士・サービヤヤー・観光業）の中で、保健3職種は他セクターと異なり、地域レベルでの認証プロセスが存在せず、国毎に受け入れ国のProfessional Regulation Authorityからの認証を得る必要がある（1）。ASEAN事務局には医・歯・看合同調整委員会が設置されているが、各国の規制や登録基準に関する情報交換にとどまり、相互承認の進みは他の職種と比べるとお穏やかであるとされている（2）。

看護師は専門職のひとつとして2006年にMRAに関する協定がASEAN加盟国間で締結された。この中で、3年以上の教育年限をもつ看護師を専門職（Professional nurse）として認め、相互認証と域内移動に向けた準備を進める方針となった（2,3）。MRAの流れを受けて、専門職受け入れのための資格制度が未成熟であったカンボジア・ラオス・ベトナムは、制度整備に向けた動きが活発化した。世界的に進む看護高等教育化の流れのなかで、資格制度実施に必要なリーダー人材の不足も指摘され、それぞれの国での教員育成や看護人材リーダー育成も推進されてきた。NCGM（国立国際医療研究センター）はこの3国の看護人材育成と資格制度整備に関しては、2000年代後半から主にJICA事業を通じて、継続して協力してきた。本章では、これまでの事業を通じて収集された資料をもとに、カンボジア・ラオス・ベトナムにおける看護教育高等教育化の推移と教員育成とMRAの影響を比較、分析報告する。

2. 方法と結果

3カ国の政府統計・政策文書、プロジェクト報告書（4-9）を中心とした文献レビューを行った。看護教育は年限により教育コースの種類が多いことが他の保健職種と比べて特徴と考えられる。看護職に求められる保健サービス提供者としての役割と施設管理者あるいはリーダーとしての役割に応じて、教育内容と教育年限がそれぞれの国で定められている。教育制度や内容の詳細については、各国の報告にゆずることとし、本章では教育年限を用いて分類し、比較を試みた。

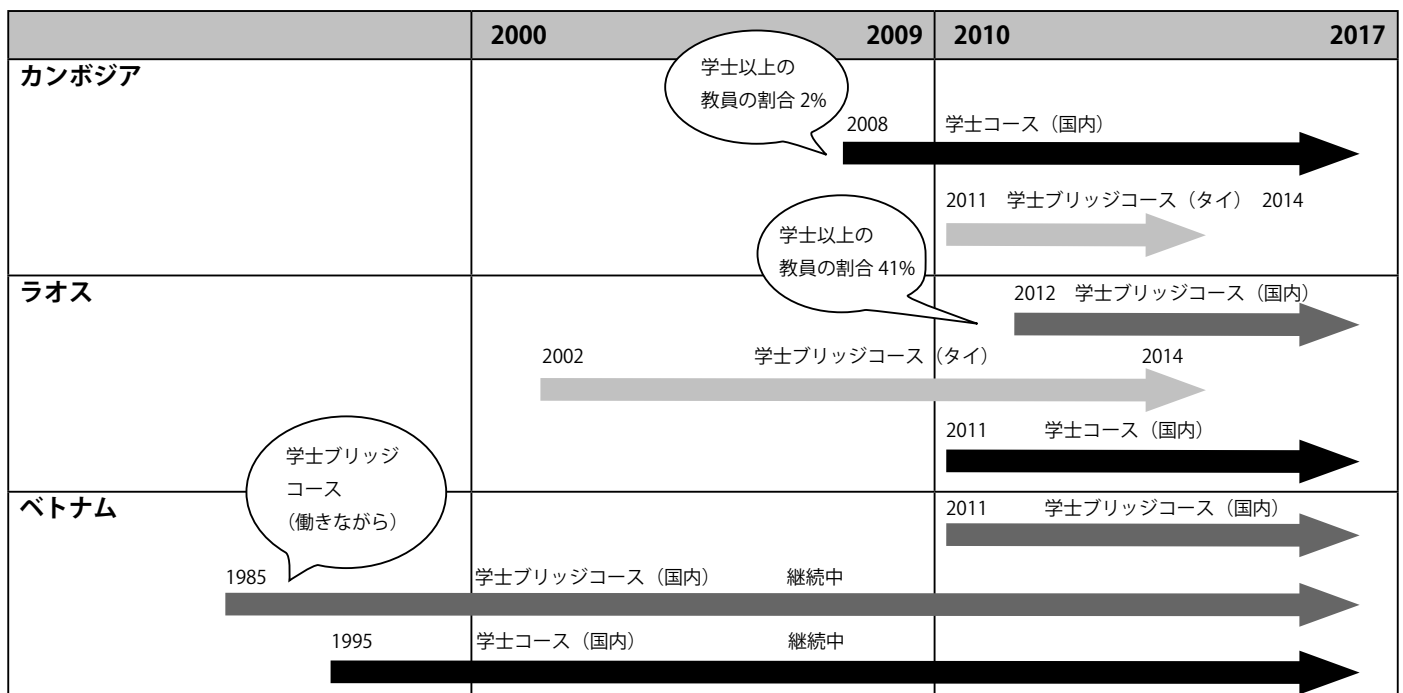
1. 3国はいずれも末端の保健サービス担保のための数カ月から2-3年の短期間育成の時期を経て高等教育化への道を歩んできた。ベトナムでは1990年代から、ラオス・カンボジアでは2010年前後から4年間の看護学士（Bachelor of Science in Nursing: BSN）コースによる高等教育化がすすめられた（表2.1）。

表 2.1 看護教育の年限と呼称（1990's～）

	カンボジア	ラオス	ベトナム
4年	Bachelor of Science in Nursing (BSN) Bachelor of Science in Midwifery (BSM)	Bachelor of Science in Nursing (BSN) Bachelor of Science in Midwifery (BSM)	Bachelor of Science in Nursing
3年	Secondary nurse Secondary midwife Associate Degree of Nursing (ADN) Associate Degree of Midwifery (ADM)	Higher Diploma of Nursing Higher Diploma of Midwifery	Diploma of Nursing
2.5年		Diploma of technical Nurse-Midwife	
2年	Primary Nurse Primary Midwife	Practical Nurse-Midwife Auxiliary Nurse-Midwife Community Midwife	Secondary of Nursing
1年			Elementary of Nursing

2. 看護学士コース開設と教員育成：カンボジアは学士を取得した教員がいない中で看護学士コースが開始、専門学校卒から学士へのブリッジコース（国内外）による教員育成を図った。ラオスは隣国タイを中心とした学士ブリッジコースにより教員の育成を図りラオス国内に新たな学士ブリッジコースを開設、その後も着実にタイへの留学を通じた看護学修士・博士取得を継続した。この違いは看護学士コース開設時期の学士以上の教員の割合に表れている（カンボジア 2%、ラオス 41%）。ラオスでは 2012 年時点ですでに学士取得看護師の 10% は修士を取得していた。ベトナムはラオス同様学士コース開設に先立ち学士ブリッジコースを開始、現在まで継続して実施し、看護職のキャリアパスとなっている。（図 2.1）

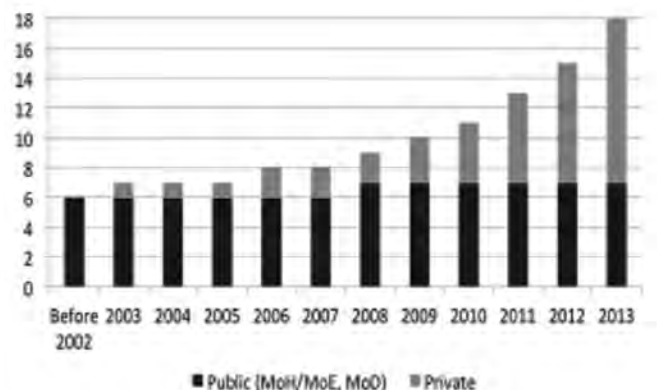
図 2.1 4 年制コース（国内外のブリッジコースと学士コース）



出典：1：JICA カンボジア医療人材育成システム強化プロジェクト報告書（Survey on nursing education in the public sector and nursing services at site for clinical practice in Cambodia）2012
 2：JICA ラオス人民民主共和国母子保健人材開発プロジェクト業務完了報告書（2012 年 4 月）

3. 看護教育施設はカンボジア、ベトナムで特に 2010 年前後から急増し、学生数が増加した。このため学校の整備や実習体制（実習施設数、実習指導者）など教育の質の担保が大きな課題となっている。（図 2.2、図 2.3）ラオスは公立校のみ（12 校）で増加は見られなかった。
4. 国により呼称が異なるが便宜的に教育を教育年限に従って 3 つに分け公務員におけるそれぞれの割合を比較した。高等教育（4 年間の看護学士コース）が進められているが、公務員としての看護職の数の中での高等教育修了者の割合をみたところ、学士取得が必ずしも公務員としての雇用につながっていなかった。看護職として勤務する公務員の大半は 3 年以下の教育を受けたものである点は 3 国

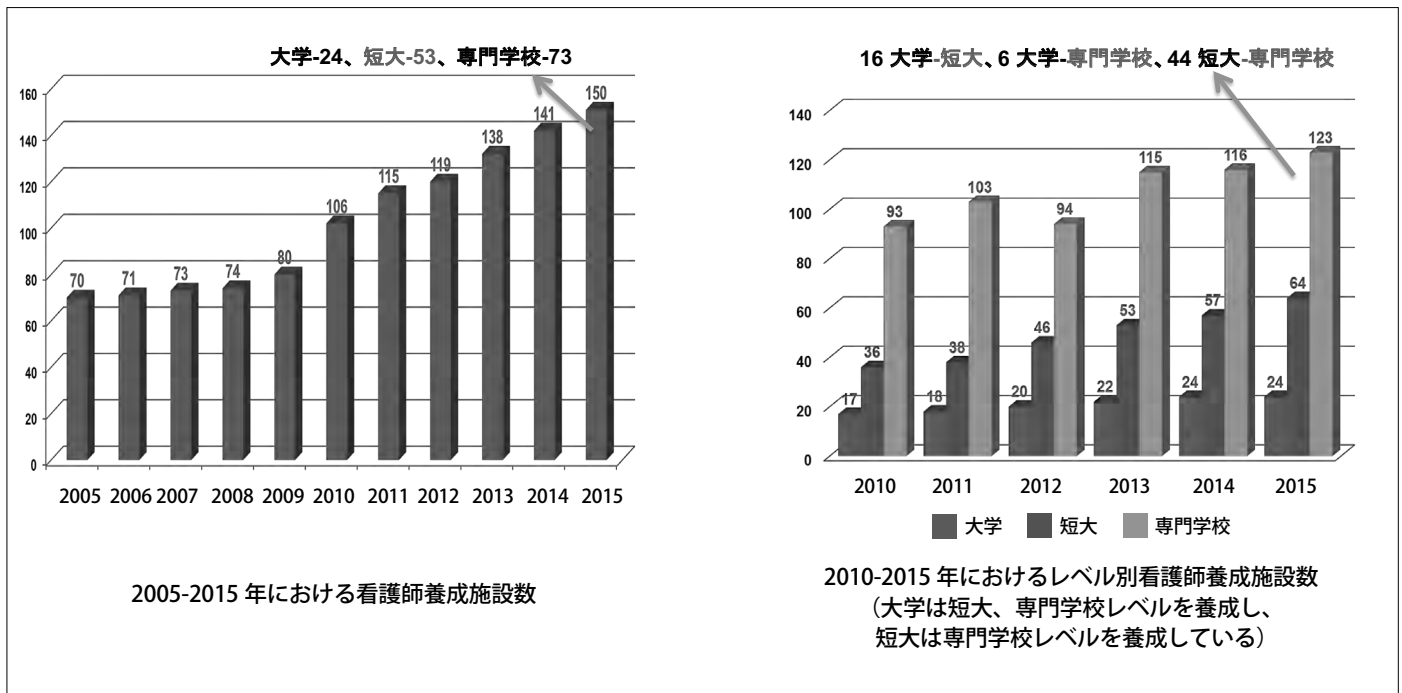
図 2.2 カンボジア 看護教育施設数



出典：JICA カンボジア医療人材育成システム強化プロジェクト報告書（2015）

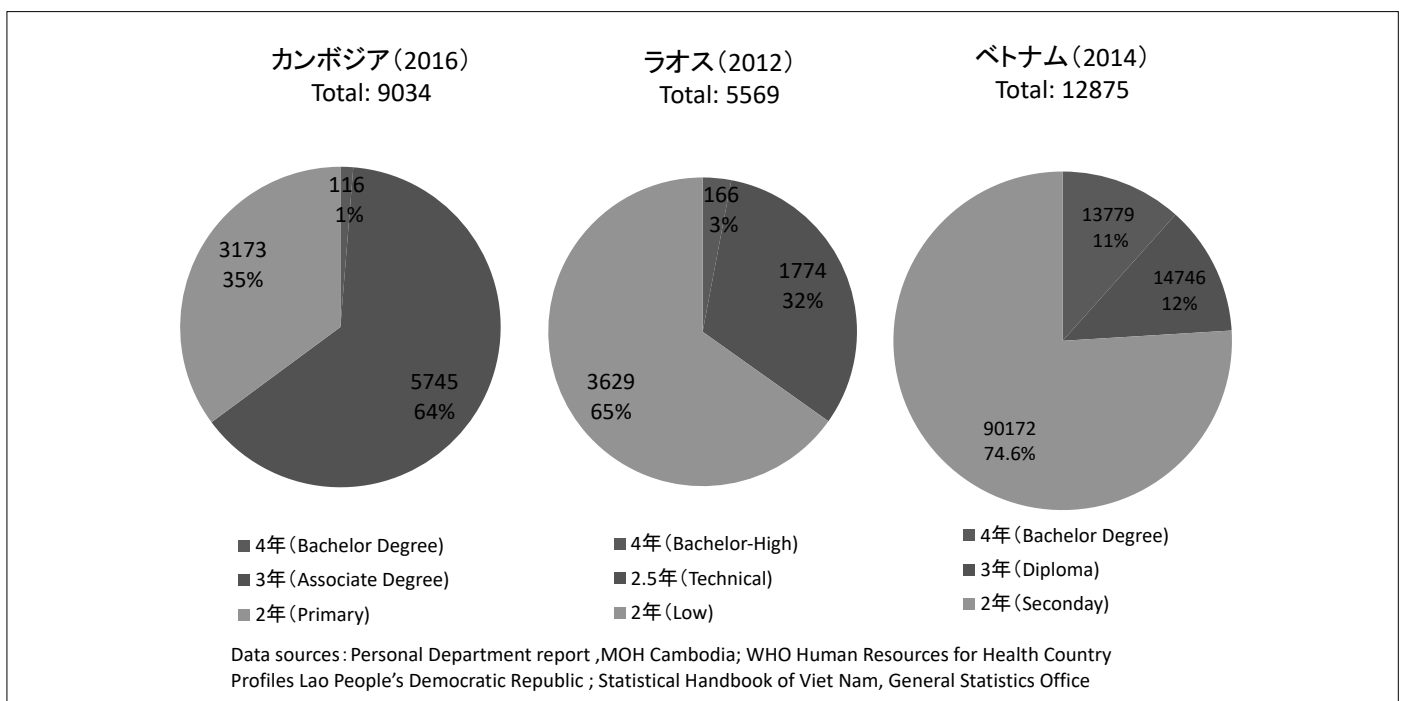
に共通である。またベトナムやラオスでは2年以下が3分の2以上となっており、彼ら彼女たちはMRAの中で看護専門職と認められていないことになる。(図2.4)

図 2.3 ベトナム 看護教育施設数



出典：ベトナム保健省医療サービス局看護課報告 (2015)

図 2.4 看護職 (公務員) 数



3. 考察・まとめ

カンボジア・ラオス・ベトナムは過去の経緯から、看護教育・看護人材の質の担保に関して様々な課題を抱えている。学校数・学生数の急増が著しいベトナムとカンボジアでは、学校設備や教育機材整備、教員の確保、実習体制整備が求められ、日本も JICA プロジェクト実施を通じて支援している (9)。合わせて、学校や教育プログラム認可などの数のコントロール（行政機能）も必要になっている。ラオスの場合は学校やプログラムの数のコントロール、教員の高学歴化は保健省主導で比較的計画的に進められ、教育の質の担保を推進している印象である。これには隣国タイとの言語の共通性と協力関係も大きな要因と考えられる (6)。

この3国はまだ公的セクターが保健サービスの中心を担っているが、看護の高等教育化と公務員採用が並行しないことも明らかになった。特にラオスやベトナムでは看護サービス提供者の大半は2年以下の教育を受けたものであり、教育の質改善を目指した学校での教育改革や教育内容と現場での実践との乖離、ひいては看護サービスの質への懸念が生じている。将来、MRA による看護人材の域内移動が進む場合、高等教育を受けた人材の国外流出の問題も想定されるが、保健省や関連省庁は流入する外国人医療者に関する対策中心であり、頭脳流出に関する対策検討は始まっていないようである (10)。

3カ国とも保健行政は医師を中心に担われており、保健省や看護カウンスルなどで看護行政（政策計画実施）に関わる看護職リーダー人材は、看護人材総数に比べて不足している。ベトナム・ラオスに比べて特にカンボジアでの不足は顕著である。ASEAN MRA の流れを受けて、いずれの国も資格認証や域内移動に向けた免許登録制度整備が急速に進められているが、看護教育も含めて、看護人材の質を担保するための制度を動かしていくリーダー人材の育成が必要であろう。

【参考文献】

- (1) Invest in ASEAN. ASEAN Mutual Recognition Arrangements. [cited 2018 24 September]; Available from: <http://investasean.asean.org/index.php/page/view/asean-free-trade-area-agreements/view/757/newsid/868/mutual-recognition-arrangements.html>.
- (2) Fukunaga Y. Assessing the progress of ASEAN MRAs on professional services. 2015.
- (3) AJCCN. AJCCN Achievements (2007-2015). ASEAN Joint Coordinating Committee on Nursing, 2016.
- (4) JICA カンボジア医療人材育成システム強化プロジェクト . Survey on Nursing education in the public sector and nursing services at site for clinical practice in Cambodia. 2012.
- (5) JICA カンボジア医療人材育成システム強化プロジェクト . JICA カンボジア医療人材育成システム強化プロジェクト報告書 . 2015.
- (6) JICA ラオス人民民主共和国母子保健人材開発プロジェクト . JICA ラオス人民民主共和国母子保健人材開発プロジェクト業務完了報告書 . 2012.
- (7) 松尾潤子 . Mouioudomde P, 赤澤千春 . ラオス人民民主共和国における看護教育の変遷 . 大阪医科大学看護研究雑誌 . 2017;7:114-23.
- (8) ベトナム保健省医療サービス局看護課 . ベトナム保健省医療サービス局 看護課報告 . 2015.
- (9) JICA ベトナム新卒看護師のための臨床研修制度強化プロジェクト . 新卒看護師のための臨床研修制度強化プロジェクト ホームページ . [cited 2018 9 月 24 日]; Available from: <https://www.jica.go.jp/project/vietnam/038/index.html>.
- (10) Kanchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, Hanvoravongchai P, Lorenzo FM, Huong NL, et al. Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. *Lancet*. 2011;377(9767):769-81. Epub 2011/01/29.

III

カンボジアにおける看護リーダー人材育成の変遷、 現状と課題

東京大学大学院医学系研究科 国際地域保健学教室 博士後期課程

(特活) シェア = 国際保健協力市民の会

虎頭 恭子

国立国際医療研究センター (NCGM) 国際医療協力局

松岡 貞利

1. はじめに

カンボジアは、ASEANの加盟国であり、人口は約1500万人である。内戦時代には保健人材を含む知識人の虐殺という特異な歴史(1975-79年)をもち、保健人材のほぼ全てを失った(1)。1990年代以降の多くの開発援助とカンボジア政府の主導により復興をとげ、2010年代からは安定した経済成長により、2015年には低所得国から低中所得国となった¹。

過去20年の間に、カンボジアの保健人材は、絶対的な数の不足から、医療サービスの質が問われるまでの変化を遂げてきた。NCGM国際医療協力局が開発したハウスモデル(2)を用いて、カンボジアの看護人材開発制度の変遷、現状と課題の分析を試みた。

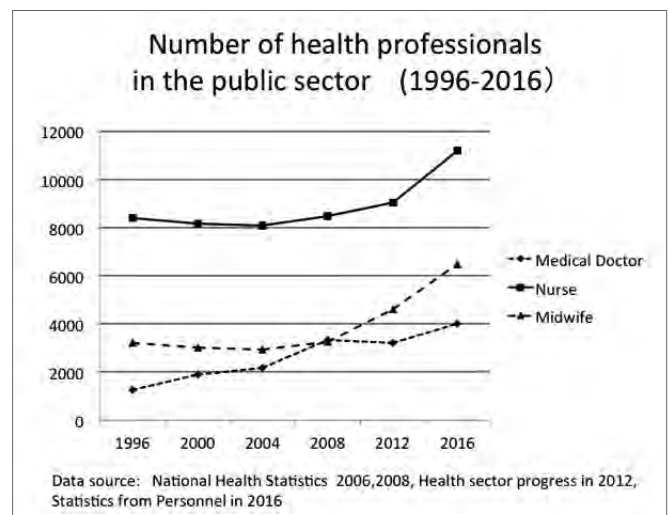
2. カンボジアの看護人材開発制度

2-1. カンボジアの医療機関と看護人材数の推移

カンボジアにおける公的保健医療サービスは、中央レベル・州レベル・郡保健局レベルの3レベルに分かれる。また、医療機関のレベルに応じてサービス機能を付与する仕組みを取り、病院向け²とヘルスセンター・ヘルスポスト向け³のサービス機能を国家ガイドラインとして定めている。この制度により、2016年現在、全国には102のリファラル病院(カバー人口約10~20万人)と1164のヘルスセンターが設置されている(3)。

公的セクターで働く保健人材数は、図3.1の通り推移している。2005年以降、特に助産師は国家主導で養成および配置が進められたため(2)、看護師および医師よりも人数の伸びが大きい。2020年における保健人材の数値目標を人口千人対2.0としているが(4)、現状は1.17にとどまる(その内看護師は、0.60)(3)。

図3.1 過去10年間の公的セクター保健人材数推移



注: Medical Doctor には、Medical Assistant (現在は養成なし) 含む。
Nurse および Midwife には、Bachelor, Secondary, Primary 含む。

1. <http://www.worldbank.org/en/country/cambodia/overview> (accessed 2018-06-03)
2. Complementary Package of Activities (CPA)
3. Minimum Package of Activities (MPA)

2-2. 保健人材開発計画

政府は、四辺形戦略⁴ および国家開発計画に基づき、保健セクター戦略 2016-2020 を策定している。これによると、人口動態および保健指標の変遷によって、感染症と非感染性疾患の二重構造が顕著となっている。特に近年増加している非感染性疾患は、死亡原因の約半数を占めており、保健システムの強化および改革が求められている。そのために、医療技術の発展や医療の質にも対応できる保健人材の確保を目指す必要性が述べられている。

保健セクター戦略に基づき、保健人材開発計画が策定されている。現在の保健人材開発計画（Health Workforce Development Plan 2016-2020）（5）は、保健人材数の充足にフォーカスした第1版（1996-2005年）、保健人材の質の強化にフォーカスした第2版（2006-2015年）に続く、第3版である。第3版は、SDG 達成に寄与するべく、6要素（計画、マネジメント、採用・配置・定着、モチベーションを保つための環境、教育および研修、強固な法整備）で構成されている。

2-3. 看護師養成の仕組み

内戦時代に激減した看護師数を補うため、1979年から教育年数の少ない初級看護師（1年）の育成を開始し、1980年からは3年制看護師を育成し始めた。1994年から約10年助産師育成が止まっている間も、NGOが導入したカリキュラムを使いながら看護師の育成は続いた。2003年に助産師・看護師不足が明らかとなり、妊産婦死亡率削減に向けて初級看護師を地方の州保健局で育成する時期があった（2）。その後、保健省人材育成部が作成したカリキュラムに沿って、初級看護師（2005年～）・3年制看護師（2007年～）・4年制の学士看護師教育（2008年～）が順番に開始され、現在に至る。全国で統一して使われているカリキュラム（6）は身体機能別に構成され、看護はあくまで看護技術に特化している。看護過程を用いたケアプラン作成のために必要な分析力や論理的思考（クリティカルシンキング）を育てる教育内容にはなっていない。また、臨地実習を担当するのは勤務経験5年以上の研修を受けたプリセプターと呼ばれる病院看護師である。学校と病院の連携不足のため、講義と臨地実習の内容が連続しておらず、カリキュラムの見直しの必要性が、数年前から課題として認識されている。

2009年頃から私立学校の設立が増加し始め、2018年現在、学士（4年制およびブリッジコース）、3年制、初級看護教育プログラムを実施しているのは、公立6校（初級看護師育成は地方公立4校のみ）、私立13校である（表3.1）。一気に増えた学生数に対応できるだけの教員数、実習病院の不足等の課題が生じている。教育の質の担保のため、学生の入学資格や学校の認可制度が規定され（Sub-decree 21: 保健人材教育に関する閣僚評議会令（7））、2013年からは3職種（薬剤師・歯科医師・学士看護師）に対する国家卒業試験（National Exit Examination: NEE）が開始された。そのために、現行のカリキュラムに沿って学士看護師のコアコンピテンシーも策定された（8）。NEEは、理論的な内容を問う筆記試験（選択肢形式）と実技試験である Objective Structured Clinical Examination (OSCE) で構成されている。「看護および助産技術に関するガイドライン（2012年）（9）」に沿って、卒前教育では24の看護技術が教えられている。OSCEで

表 3.1 養成プログラムと公務員の職位

養成プログラムの種類	就学年限	養成プログラム数		公務員としての可能な職位***
		公立*	私立	
学士	4年	1	6	学士看護師が正看護師
学士ブリッジコース	1年	1	(4校が、申請中**)	学士看護師が正看護師
3年制	3年	6	13	正看護師
初級	1年	4	0	初級看護師

* 公立は、首都の University of Health Science (UHS) と Military School、地方の Regional Training Center (RTC) が含まれる。

** 2018年度開講予定

*** 公務員採用は、4年制看護師（上級）・3年制看護師（二級）・初級看護師（初級）の3枠に分けられ、給与スケールが異なる（11）。

4. 経済開発戦略についての包括的な内容を擁しており、それぞれの政策目標・政策環境に対し、4つずつ目標が設定されていることから「四辺形」と称している。現在は、第3次四辺形戦略に基づいている。保健は、キャパシティ・ビルディングと人的資源開発に含まれる。

は、そのうちのいくつかの看護技術を評価する。追試も含めると、9割近い合格率である。2016年ころまでは、保健省と教育省合同の国家卒業試験委員会が NEE を実施監督していたが、1カ月以上前から国家試験の準備、1週間近くにおよぶ試験監督、さらに1カ月近くかけて結果のとりまとめと、中心となる保健省人材育成部の負担は非常に大きかった。2014年以降順に医師、4年制助産師の NEE が始まり、2016年からは3年制プログラムすべて（臨床検査技師等を含む16職種、およそ7000名対象）の NEE が開始されたことに伴い、OSCE は各学校主体で実施する形態をとり、実施監督を担う保健省人材育成部の負担が軽減した。2018年現在、NEE 開始後5年が経過し、保健省人材育成部は経験を積む一方、需給に対応した保健人材育成に関連する政策策定や、学校の認可および監督業務といった業務に十分に対応できていないことを課題として認識している。また、保健教育プログラム認可や国家試験の実施は教育省と合同で行われていたが、現在は保健省主体の管轄に変更しており（Sub-decree22: 医学教育に関する閣僚評議会令改定（10））、教育省の関わりが薄くなっている。

2-4. 看護職の免許制度

2006年にカンボジア政府は MRA に署名。その後、JICA 保健医療人材育成システム強化プロジェクト（2010-2015）で看護師免許発行の整備を含む看護規則支援を行った結果、看護師だけでなく医療職全体を網羅する法案が起案された。その最中の2015年、バタンバン州の Roka 村で1カ月間に200名以上の HIV 陽性反応が確認された。それは、カンボジアの農村で慣習的に行われている非医療職者による点滴が原因であり⁵、社会からも医療サービスの質を問われることとなり、保健人材法（12）が2016年に国会で承認されるに至った。保健人材法には、医療職として業務するには、各医療職カウンシルに登録し、免許交付を受け、規定された業務範囲を遵守し、継続教育によって免許更新することが規定されている。

保健人材法施行後は、保健省と5カウンシル（医師・歯科医師・薬剤師・看護師・助産師）の代表によって合同委員会が設置され、USAID/ASSIST プロジェクトが5職種統一の合同事務局立ち上げへ向けた支援（保健人材のオンライン登録、データベース作成、関連法案の整備提案等を含む）を行っている。看護師数に関しては、看護カウンシルへの登録が進めば公立私立を含む全国の現状も見えてくるはずであるが、今までの卒業生数等を鑑み、看護カウンシルは全国に18,000人程度の看護師がいると推定している。2018年までに、12,000人（推定値の約68%）が看護カウンシルに登録している（13）。今後は免許発行および継続教育による更新制度へつながる予定である。

2-5. 看護師配置の現状

公務員採用は主に保健省人材部が担当しており、毎年採用枠が決められる。公的セクターにつとめる医療職者25,294名のうち、看護師は11,211名（44.3%）である（2016年）（3）。保健センターに配置されている3年制の看護師は86%（2016年）だが（3）、毎年保健センターが増えること、今後定年退職者が続出すること、変化している疾病構造に対応する必要があることから、保健センターに少なくとも1名の3年制以上の看護師を配置させることが、新ガイドラインで目標とされる予定である（2018年、保健省人材育成部での聞き取りより）。

保健省で毎年採用される全医療職員数が1,000名程度であるのに対し、2017年は3年制および4年制看護師計2,700名が NEE に合格した。就職先は、公立病院・私立の病院またはクリニック・学校（公立・私立）であるが、給与はどちらもほとんど変わらないため、公務員としての就職は人気がある。しかしながら、公務員看護師になるには、入学試験・国家卒業試験、公務員試験の3つの試験に合格する必要があり、非常に狭き門となっている。また、以前のように地方出身者を優遇して学校に入学させるというような、地方ポストに人を惹きつけるような政策もない。これらに一部起因し、過去2-3年間、3年制および4年生プログラムに応募する看護師数が減少しており、特に地方で顕著である。また、育成数と採用数の間にギャップがあり、きつくて厳しい医療職の仕事が若者の間で人気をなくしていること、公務員の別セクター（内務省）での採用が増加していることも示唆されている。

5. <https://www.nytimes.com/2015/01/20/world/asia/farming-village-in-cambodia-grieves-as-hundreds-learn-they-have-hiv.html>

2-6. 病院看護師の業務の実際

看護業務範囲は、保健省省令「看護師の役割と責任（2003年）（14）」に規定されているが、非常に細かいタスクベースとなっている。日本の看護業務範囲に該当する診療の補助、いわゆる治療に関わる行為は医師と共に、もしくは監督下で実施されているが、療養の世話に該当する看護ケアは患者の家族が担っている（15）。看護過程をいち早くとりいれた非営利の小児病院の支援によって、「看護過程に関するガイドライン（2012年）（16）」の作成および卒後研修が行われたが、卒前教育のカリキュラムに導入されていないため、十分な教育が行き届かず、看護過程に関する臨床現場における混乱は続いている。病院での看護サービスは、改善が見られつつあるが、前述の「看護および助産技術に関するガイドライン（2012年）（9）」に沿って、医師の指示に基づいた看護技術のみが提供されているといっても過言ではない状況である。

その現状を打破すべく、保健省ガイドライン「看護基準（2016年）（17）」は、アメリカ看護協会発行のそれに習い、策定された。看護過程に基づいた実践基準とプロフェッショナルとしての行動基準⁶の二部で構成され、学士看護師・正看護師・初級看護師のそれぞれに求められるレベルが分けられている。この基準に沿って、各レベルのコンピテンシーを策定していくことも検討されている。しかしながら、看護基準に沿ったモニタリングや評価への活用は未だ検討段階であり、臨床現場への導入は遅れている。従って、病院看護師の業務は、職位に関わらず同じ業務を担っているのが実状である。

また、現行の病院（CPA）ガイドライン（18）には看護部長や看護師長の役割は明記されているものの、看護部が位置付けられておらず、看護サービスの質を担保する管理システムがないことも大きな課題である。

2-7. 法的規制枠組みと関係者間の調整

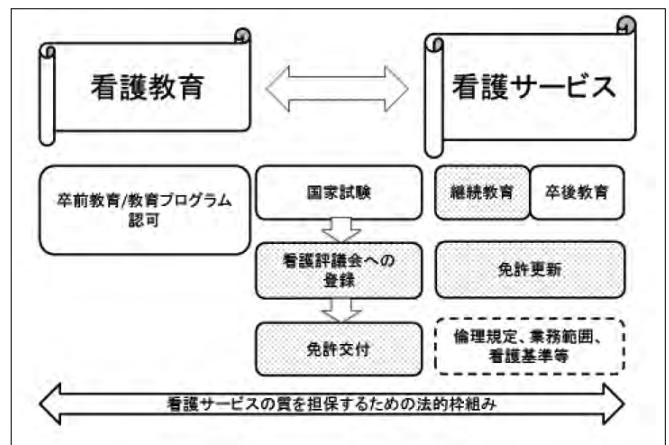
医療従事者の質の確保および向上のために、主に関わっている公的機関は保健省の2部署と看護カウンスルである（図3.2）。

❑ 保健省人材育成部：図3.2 枠：実線、背景：白抜きで表示

国レベルでの法整備・仕組みを整えることを目的としており、卒前（pre-service）・卒後（in-service）・人材データベースの3部門からなる。卒前部門は主に医療従事者の質の担保のため、入学試験・国家卒業試験を管轄するとともに、教育プログラムの認可監督を行う。また、看護カウンスルと連携して卒後教育および人材データベースを管理することが望まれている。

現状は、年に3-4回の国家卒業試験に労力を割かれ、教育プログラムの監督や、人材部と連携した需給計画等の策定にまで注力できていないことが課題として挙げられている。また、卒後教育および人材データベースに関しては、あくまで公務員を対象としており、プライベートセクターは看護カウンスルの管理に任せる意向を示している。

図3.2 看護サービスの質を担保するための法的枠組み



6. Standard of practice and standard of professional performance

❑ 保健省病院サービス部看護助産課：図 3.2 枠：破線で表示

推計 27,000 名の看護および助産サービスを監督する部署であるが、課長および課長補佐とスタッフ 2 名で構成される小さな課である。以前は、看護技術や看護過程のガイドライン作成 (19) およびその研修を行っていた。近年は、主に看護助産の日や看護助産カンファレンスといった定例イベントと、開発パートナーと合同での研究調査 (サービスの質と医療安全) のような限定的な業務を行うにとどまっている。

倫理綱領 (2014 年) (20) および看護基準は、現課長 (2018 年現在) が看護カウンスル代表時代に開発パートナーの支援を受けて策定されているが (19)、その実施監督には至っておらず、今後の実施についても看護カウンスルとの間で明確な役割分担は行われていない。

❑ 看護カウンスル：図 3.2 枠：実線、背景：ドットで表示

看護カウンスルは 2007 年に Royal Decree (勅令) によって設置が規定されていたものの (21)、その役割が十分に理解されず機能は限定的であった。保健人材法によって、医療専門職によるサービスの質の担保のために、カウンスルへの登録・免許発行・継続教育・免許更新・倫理綱領に基づいてサービスの監督等を担うことが規定された。2018 年 3 月よりオンライン登録が開始され、中央・地域・州レベルカウンスル委員会が登録を担当している。登録が終了後、免許発行を行い、3 年毎の更新制度が開始される予定である (2018 年、看護カウンスルからの聞き取りより)。2021 年までは、5 職種合同 (医師・歯科医師・薬剤師・看護師・助産師) の事務局によりその仕組みを確立する予定である。

継続教育カリキュラムを策定し監督することが期待されているが、継続教育を提供できる団体や機関が他職種に比べて非常に少なく、現在 GIZ が継続教育ガイドライン策定、病院を主体とした継続教育内容のモニタリングシステム強化に関わっている。また、5 職種合同事務局が管理するデータベースと、保健省人材育成部の人材データベースの棲み分けについてはまだ検討されていない。

上記の保健省の 2 部署と看護カウンスルを含め、看護人材育成の仕組みを牽引する看護リーダー人材が不足しているのが現状である。

3. 看護師リーダー人材育成の例

University of Health Sciences (UHS) 傘下の看護助産人材育成校 (Technical School of Medical Care: TSMC) において、2008 年から 4 年制の学士看護師プログラムが開設したものの、開始当初学士以上の学位を持つ教員は 213 名中 10 名であった (22)。保健省人材育成部は、これを喫緊の課題としてドナーに対して看護教員の能力強化支援を要請した。2010 年より、JICA 保健医療人材育成システム強化プロジェクトが、国外におけるブリッジコース (学士編入学コース) を支援した。合計で 32 名の看護教員 (病院勤務の臨床実習指導者 19 名含む) が、タイ (St. Luis College) におけるブリッジコースを修了した。一方、WHO は University of the Philippines と共同で、カンボジア国内でのブリッジコースを支援し、看護学校教員 29 名が当コースを修了した (23)。その後、国内のブリッジコースは KOIKA の支援によって継続され、現在までに約 120 名が卒業している。今後は、私立大学もブリッジコースを開設する予定になっている。

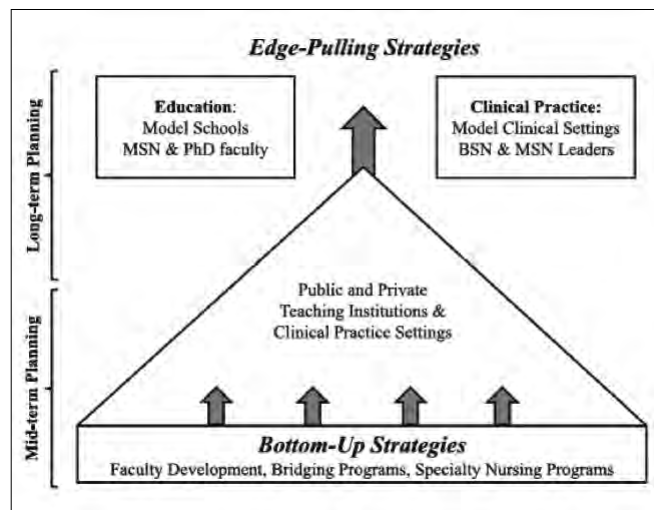
ブリッジコースを通じて、専門知識の向上、新しい教育技法、専門知識の実践への適用、看護ケアや教育のモデルなどを学んだ学士看護師が育成された。看護専門職としての自覚や看護ケア概念が広がり、カンボジアでの技術中心のケア概念から、患者中心のケア概念へと変化している。特に、海外で質の高いケアやヘルスシステムを実際に学んだ経験のインパクトが大きかったことがコース参加者より報告されている。ブリッジコース修了後は、習得した知識や技術を自らの教育やケア実践に活かすと共に、校長・院長や上司のサポートを受けて他の教員や、師長、臨床実習指導者 (プリセプター) たちに伝え始めた者も多くいる。能力を発揮できる地位に昇進した者もあり、指導要領・教育計画・学生の臨地実習評価基準作成などに参画する者もあった。JICA の支援する青年海外協力隊や海外シニアボランティアの派遣とマッチした施設では、コース参加者が中心となり看護管理や卒前教育の臨地実習の改善に取り組んでいる。一方、コース参加者にとって、学んだことを活かしていくには大きく分けて 4 つの障害があった。それらは 1) 自分の能力不足などの内的要因、2) クメール語の本や資料・演習用器材の不足などの不十分な教育環境、3) 医師をはじめとする同僚や他職種からの理解不足、4) 期待していたような活動ができないなどの期待と現実との不適合であった。上司や管理者の支持や方向付けは、コース参加者が能力を発揮できるか否かの鍵である。

コース終了後には、多くの参加者が更なる向上を目指しており、医学教育修士課程や看護領域の修士課程に進学した者もいる。また、看護カウンスルや助産カウンスル、助産師協会の中心メンバーとなっている者もあり、カンボジアの看護領域のリーダー人材として育っ

ている。また、タイのブリッジコース卒業生を中心に看護職全体の質向上のために相互支援グループが自主的に形成され、継続的に看護管理およびリーダーシップ等に関する勉強会が開催されている。

保健省人材育成部は、このような看護リーダー人材の育成を今後も継続し、いずれ国内でも修士課程を提供できるよう望んでいる。2011年には、教員の質の確保への対応として Center for Educational Development for Health Professional (CEDHP) が設立された。現状としては、UHS/TSMC の教員を対象として実施される様々な研修で、RTC の教員を含む広域の教員人材の質の向上に寄与する構造にはなっていない (5)。また、UHS/TSMC では、4年制の学士プログラムの一部の優秀な人材を国際プログラムで教育し、英語による授業・海外への視察等を行っている。また、私立大学が自己資金で職員を海外留学させて、修士課程を修了するケースも散見される。JICA 保健医療人材育成システム強化プロジェクトでは、看護教育に従事する博士課程や修士課程を修了した教員と、モデル病院でのリーダー人材といったエリート人材の育成と合わせて (エッジプーリング型)、看護教員に対するリフレッシャー研修やブリッジコース等を通して看護人材全体の底上げを図る (ボトムアップ型) モデルを提言した (図 3.3) (24)。

図 3.3 中低所得国における看護人材育成の提唱モデル



4. まとめ：MRA とその他の要因が看護リーダー人材育成に及ぼしている現状と課題

カンボジアの看護人材育成の仕組みは、急激に増えた私立校を含む教育の質の担保のために策定された法令 (Sub-decree21) を機に進み始めたと言える。保健省人材育成部は、年に 2-3 回の入学試験と卒業試験をこなしながら、主に私立校の監督指導に注力し、卒前教育の質の確保に奔走してきた。その一方で、育成した看護師がどのようにサービスに関わっているのか全く把握されておらず、社会のニーズに応じた需給計画にまで手が回っていないのが現状である。

一方で、同時期に ASAEN として進められた MRA への参加と ASEAN 看護合同調整委員会 (第 2 章参照) からの影響を受けながら、免許制度実施へ向けた法整備が進められ、国内の医療事故等の影響も受けながら、2016 年に保健人材法が制定された。現在は、保健人材法に沿って各カウンシルが中心となって免許登録および発行が進み始めている。一方、既存の卒後教育のシステムと、新しく始まる継続教育のシステムは関係者間での調整を要する段階である。

また、看護サービスの質担保に必要な規則やガイドラインは開発パートナーの支援により単発的に作られており、その実施監督まで含んだ計画、予算および人材が不足している状態である。

教育に携わる看護職は、高等教育化が進み、ブリッジコース等の支援によりリーダー人材が育成されつつある。また、ブリッジコース卒業生を中心にカンボジアで初となる看護分野の学会の内務省登録手続きを進めており、今後もその発展を見守りたい。その一方、行政において政策決定にかかわる看護師はほとんどなく、シニアオフィサーレベルの看護師育成、看護助産課の強化および、臨床において看護管理に携わるリーダー人材の育成は、看護サービスの質の担保に向けて当面の課題である。

【参考文献】

- (1) 藤田則子. カンボジア保健人材開発システムに関する調査報告書. 独立行政法人国立国際医療研究センター 2013.
- (2) Fujita N, Abe K, Rotem A, Tung R, Keat P, Robins A, et al. Addressing the human resources crisis: a case study of Cambodia's efforts to reduce maternal mortality (1980-2012). BMJ open. 2013;3(5). Epub 2013/05/16.
- (3) JICA. カンボジア国保健人材および保健施設に係る情報収集・確認調査報告書. 2017.

- (4) WHO. Cambodia-WHO Country Cooperation Strategy 2016-2020. 2016.
- (5) Health Workforce Development Plan 2016-2020, (2016).
- (6) National Curriculum of Bachelor of Science in Nursing, (2008).
- (7) Sub Decree on Health Education, (2007).
- (8) Core competency framework for new BSN graduates (2012).
- (9) Manual of national nursing and midwifery protocols, (2012).
- (10) Amendment of Sub Decree on Health Education, (2017).
- (11) Royal Decree on Grouping of Civil Servants of same qualification and professional training to hold same position, (2010).
- (12) Law on Health Professional, (2016).
- (13) URC/USAID. Applying Science to Strengthen and Improve Systems, Cambodia Country Report FY17. 2017 [cited 2018 March 24]; Available from: https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/assist_cambodia_fy17_annual_country_report_dec2017_ada.pdf.
- (14) Identification of role and responsibilities of Nurses, (2003).
- (15) Sakurai-Doi Y, Mochizuki N, Phuong K, Sung C, Visoth P, Sriv B, et al. Who provides nursing services in Cambodian hospitals? Int J Nurs Pract. 2014;20 Suppl 1:39-46.
- (16) Manual of nursing process, (2012).
- (17) Guidelines for standard of nursing care, (2015).
- (18) Guidelines on Complementary Package of Activities for Referral Hospital Development, (2014).
- (19) Henker R, Prak M, Koy V. Development and Implementation of Cornerstone Documents to Support Nursing Practice in Cambodia. The Online Journal of Issues in Nursing. 2015;20(2).
- (20) Sub Decree on Code of Ethics for Nurses, (2014).
- (21) Royal Decree on Establishment of Cambodian Council of Nurses, (2007).
- (22) System JpfsHRD. Survey on Nursing Education in the public sector and Nursing Services at sites for clinical practice in Cambodia. 2011.
- (23) System JpfsHRD. Assessment of Future Needs for Teachers' Capacity Building and Producing Leadership in Nursing and Midwifery. 2015.
- (24) Koto-Shimada K, Yanagisawa S, Boonyanurak P, Fujita N. Building the capacity of nursing professionals in Cambodia: Insights from a bridging program for faculty development. International Journal of Nursing Practice. 2016;22(Suppl. 1):22-30.

ベトナム看護人材開発制度の分析と課題

国立国際医療研究センター（NCGM） 国際医療協力局

五十嵐 恵 / 深谷 果林

1. はじめに

ベトナムは、東南アジア 10 カ国からなる ASEAN 加盟国の一つであり、人口は 9,370 万人で、インドネシア、フィリピンについて多い (1)。同国は 1986 年のドイモイ政策以降、急速な経済成長を遂げ、2010 年には後発途上国から中所得国となった。

1 人当たり GDP は 2,385 米ドルであり (2)、これは、日本の 1980 年代初頭と匹敵する。2006 年から 2016 年の約 10 年間の実質 GDP 成長率はおおむね 6%前後を推移しており、安定した経済成長を遂げている。

このような経済成長は、日本がかつてそうであったように、国民の衣食住に変化を与え、疾病構造や保健医療分野への政策、看護人材の開発にも影響を及ぼしていると推測される。そこで、ベトナムの保健医療サービスとサービス提供者である看護人材の開発制度の現状を分析ツール「ハウスモデル」(3) を用いて分析した。なお、本章では看護人材の中でも看護師について記述する。

2. ベトナムの保健医療施設

ベトナムの保健医療施設は、公的施設と民間施設に大別され、約 9 割が公的施設である。右記表 4.1 に示す通り、保健医療施設の 8 割以上がヘルスセンターとよばれるプライマリーケアを提供している施設である (4)。

表 4.1 保健医療施設区分と施設数 (4)

区分	施設数
Hospitals	1,183
Policlinics	302
Special Clinics	40
Maternity homes	3
Health Station	11,793
Other branch health centres	5
Private hospitals	182
合計	13,508

3. ベトナムの看護人材開発制度 (ハウスモデルを用いた分析)

3-1. 看護人材の現状

公的医療機関に勤務する看護師は、107,600 人 (1) で、人口 1 万人あたりの看護師数は約 11.5 人である。これは日本と比較すると約 10 分の 1 の数である。ベトナム保健省によると、2020 年には看護師の必要数が約 22 万人必要と推計しており、人口 1 万人あたりの看護師数を 20 人とすることを目標としている (5)。2013 年から 2016 年までの過去 4 カ年の推移をみると (表 4.2)、看護師数は年次推移で増加していることが分かる。

表 4.2 保健人材の数 (1)

職種	2014	2015	2016	2017
医師	71.8	73.8	77.5	74.4
准医師	58.3	58.4	57.2	53.6
看護師	102.0	102.7	106.7	107.6
助産師	29.1	29.1	28.8	29.3
大卒薬剤師	9.3	9.6	10.2	10.3
中級薬剤師	21.9	21.9	21.5	21.5
初級薬剤師	1.8	1.8	1.3	1.1

3-2. 疾病構造の変化と人材への新たなニーズ

ベトナムにおける疾病構造は感染症から非感染症型へと移行しており、非感染症による入院率は1976年の42.6%から2009年時にはすでに66.3%まで上昇している(6)。高齢化率(65歳以上の全人口に占める割合)も2011年には7%に達し(7)、2020年には8.1%、2040年には17.0%が予測され、日本を上回るスピードで高齢化が進行すると推計されている(8)。主な死亡原因は、頭蓋内損傷、肺炎、心筋梗塞・不整脈の順で多い(4)。

今後、さらに生活習慣病や高齢者のケアが実践できる人材の需要が高まってくると言える。

3-3. 保健政策、保健人材政策、保健人材開発計画

2012年にベトナムの国家開発の基礎戦略として「社会経済開発10カ年戦略(2011-2020)」(SEDS 2011-2020)が採択された(9)。2016年にはこれを補完する形で過去5年間の評価と今後5年間の方向性に関する報告書が採択された。報告書を具体化する文書として「社会経済開発5カ年計画(2016-2020)」(SEDP 2016-2020)が承認されている(10)。これらの文書の中に保健医療システム、保健医療サービスに関する目標も掲げられおり、5カ年計画の主な社会指標には「2020年の人口1万人当たりの医師数：9-10人」、「2020年の人口1万人当たりの病床数：26.5床」、「2020年の国民保険加入率：80%」がある。

保健セクターに関しては、2008年に国家保健セクター開発10年計画(2010-2020)が承認されている(11)。計画の中では医療に関する法整備についても言及されている。さらに、2010年から5年ごとの保健セクター開発計画も策定されており、現在は保健セクター5カ年計画(2016-2020)によって、効果的で質の高い持続可能な保健システムの開発のための堅実な基盤作りを柱とした政策が進んでいる。保健人材に関しては①医療従事者のトレーニングに関する法的文書の作成・発行、②施設に求められる十分な量と質の保健医療従事者の配置、③地域、病院のレベルの人事配置のバランス確保、及び保健人材の養成と活用のバランス確保、④家庭医、医療管理のアプローチを活用した総合医師の人材育成、⑤定期的なモニタリング、及び教育の質の監査を通じての教育の品質管理強化、教育の質評価基準の作成及び医療人材に関するデータベースの作成、⑥免許申請者に対する実践ガイドラインの開発、⑦医療分野に関する科学研究活動の強化(特に先進医療技術、基礎医学の分野、高度医療、臨床医学、公衆衛生、医療管理の強化)の7つの目標が掲げられている。

2013年には「看護・助産サービス強化のための2020年までの国家行動計画」(5)が策定され、「看護師及び助産師を質・量ともに強化させ、社会開発のニーズ、ASEAN MRAの要件、国際看護協会及び国際助産師連盟の基準を満たす人材を育成する」ことを5つの目標の一つに定めている。

i. 法的枠組みと関係者の調整

ベトナムにはカンボジア、ラオス、ミャンマーにある看護カウンスルあるいは看護(助産・医療)評議会という組織はなく、保健人材の質担保に関わる規制枠組みは、政府省庁が所管している。具体的には看護師養成学校については、大学(4年制)は教育訓練省が、医療短期大学(3年制)と中級医療学校(2年制)は労働傷病兵社会省が所管している(12)。保健省は保健医療人材の卒前卒後教育、保健医療施設における規範、診療活動、保健医療人材の管理監督を行っている。

看護師の職能団体としてベトナム看護協会が存在し、看護政策に関する保健省への助言、看護実践にかかる規範、基準、標準の草案作成、継続教育の実施などの役割を担い、設立当時から看護教育分野の一連の活動において保健省と密接に連携している(12)。

ii. 養成

ベトナムの看護人材は看護師と助産師であるが、入学基準として定められた中学高校の基礎教育終了後それぞれの教育課程に入るDirect entryである。

看護師になるためには12年間の普通教育を卒業したのち、看護師養成学校に入学する必要がある。現在、看護師養成学校には大学(4年制)、短期大学(3年制)、中級医療学校(2年制)がある。ベトナム保健省の資料(図4.1、図4.2)によると、看護師・助産師を養

成課程別で見ると、約75%が2年課程を卒業しており、どの病院のレベルにおいても、2年課程卒業の看護師が多く就労している(13)。

基本的にベトナムすべての行政区分(省または市)に2年課程または3年課程の看護師養成学校が設置されている。大学は1985年に設立されたが、これは医療業務の複雑化に伴う、教育、訓練レベル向上を重視した教育訓練制度の導入が背景にある(14)。MRAでは相互承認の対象となる看護師(Professional Nurse)の基準を3年以上の養成課程を修了した者と定め、ベトナムにおいても2020年までに2年課程の看護師育成を廃止する方針を出している。

先に述べたように、大学(4年制)は教育訓練省が、医療短期大学(3年制)と中級医療学校(2年制)は労働傷病兵社会省が所管しており、カリキュラム、施設要件、学位授与など教育制度は所管する省庁の規定に基づく。単元ごとの時間数や卒業試験の内容は各養成学校の基準に基づいて作成される。2012年にベトナム看護師のコンピテンシースタンダード(15)が発行されたが、コンピテンシースタンダードに基づいた教育カリキュラム策定までには至っていない。

臨床実習については、看護養成学校の教員は臨床実習施設に同行せず病棟看護師との連携がない、1人の患者を5人以上の学生で担当し、指導者の支援が少ない中で看護師の指示のもと学生も現場の業務の一部を担っており、臨床実習で獲得すべき知識・技術の習得が難しい、等の課題がある。以上の状況から、学生が卒業時に習得している知識・技術に大きなばらつきが生じていることが容易に予想できる。

また、看護師養成学校の教員の約75%は医師などの看護職以外の専門職であり、看護職であっても、教員の要件に臨床経験年数が含まれていないため、看護師養成学校を卒業して臨床経験がないまま教員になることが多いことも養成課程における課題として指摘されている。保健省の「看護・助産サービス強化のための2020年までの国家行動計画」の中で、看護師、助産師資格を持つ教員の割合を2015年までに40%、2020年までには70%に引き上げることを目標に掲げている(5)。

図 4.1 看護師・助産師の養成課程の内訳¹(13)

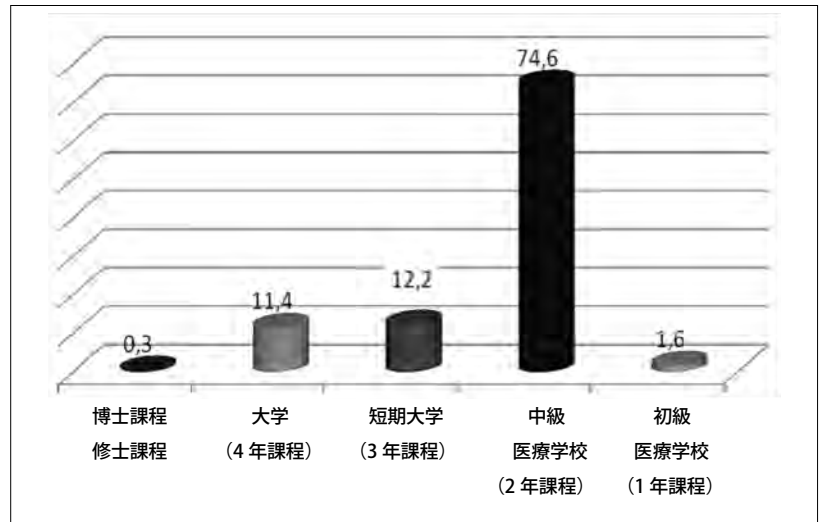
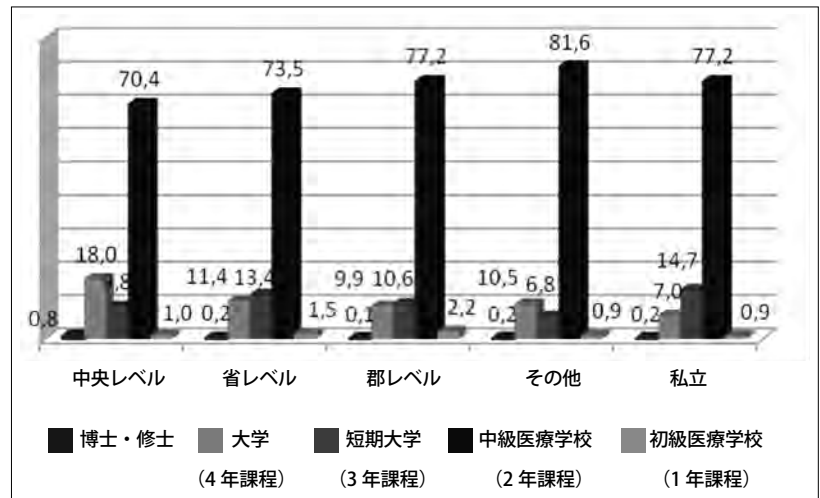


図 4.2 病院レベルごとの看護師・助産師の養成課程別内訳(13)



1. 2018年現在、初級医療学校(1年課程)の看護師は養成されていない。

iii. 法的な規制枠組み

① 「診断治療法」と看護師免許

ベトナムでは2011年に「診断治療法」(16)が施行された。この法律は、患者、医療従事者、診断治療を行う施設の権利および義務を規定している。また、この法律によって看護師を含む6職種の免許取得と登録が制度化され、免許を取得する者については養成学校卒業後に医療施設で一定期間の臨床研修が義務付けられた。

看護師については、看護師養成学校を卒業した者は9カ月の臨床研修を受けた後、免許を取得することが義務化された。臨床研修は保健省科学技術訓練局が所管し、2012年から各医療機関で行われている。しかし、臨床研修に関する指針等を保健省が示しておらず、各医療機関が各々を実施しており、免許を取得した看護師の能力や質が客観的に保証されていない状況であった。そのため、2016年からベトナム保健省はJICAと協力し「新卒看護師のための臨床研修制度強化プロジェクト」を開始し、9カ月の臨床研修の研修体制および研修内容が標準化されることを目指している。

現在、ベトナムではいずれの保健医療人材についても国家試験が導入されていない。2017年に保健省の機能、役割等を定める政令(17)が発行され、その中で「保健省は法律の規定に従い、健康分野における免許付与に関する試験の構成を規定し、指導する」と定めている。現在、保健省は医師、看護師の2職種に関して2020年の国家試験導入を目指している。

② 看護師免許登録と交付

2011年に「診断治療法」が制定される前のベトナムでは、看護師養成学校の卒業試験に合格すれば、看護師として認められ、公的・民間保健医療施設に就職することができた。しかし、前述の通り、法律の制定によって看護師業務に従事する者は免許が必要になり、保健省は2012年から公的・民間保健医療施設で勤務する看護師の免許交付と登録を開始した。

免許を取得する者は臨床研修を行った医療施設から発行された臨床研修修了証明書を免許交付と登録を行う機関に提出する。提出する機関は所属の有無によって異なるが、主に保健省、市/省保健局の担当部署である。保健省の免許登録担当者によれば、保健省が管轄する保健医療施設に勤務している看護師はすべて看護師免許を取得し、登録されているとのことである。しかし、組織間での情報共有や保健省での情報管理が行われていないため、国全体の免許登録数などは明らかになっていない。今後、免許登録情報の共有が図られることで、ベトナムの看護師情報がデータベース化されることが期待される。

看護師免許は2年間で48時間の定められた継続教育を受講しなければ失効となる(18)。しかし、現時点では管理システムが整備されていない。

iv. 配置

保健省の資料によると、2015年の看護師養成学校の卒業生数が35,565人であるのに対し、2015年の就職者数は8,385人である(13)。卒業後の進路に関する情報が少ないが、看護師の就職率は低く、看護師養成学校を卒業しても看護師として就職できない者も多いのが現状である。

看護部長の要件、看護師養成学校講師の要件が大学卒業であることから、臨床経験をつまないうまま管理者としてのキャリアを歩むこともある。また、看護師のほとんどが公的な保健医療施設に就職しているため、公務員として定年まで勤めることが多く、一般的な保健医療施設における看護師の新規採用は、定年退職者の補充にとどまっている。また、多くの保健医療施設では一度配属された部署(病棟)に定年まで所属し、異動が稀であることもベトナムの特徴である。

v. 看護師の倫理規定、業務範囲、コンピテンシースタンドと実際

「看護師の倫理規定」は2012年に看護協会から発行された(19)。保健医療施設に就労する看護師の看護活動に関しては保健省通達「病院における患者のための看護ケア活動指針」で規定されている(20)。また、保健省、司法省、内務省の合同通達「規定コード、看護師・助産師・技師の職位基準」(21)では、看護師の職位ごとの業務範囲と給与基準を規定している。2012年には「ベトナム看護師のコンピテンシースタンド」が保健省から発行された(15)。このコンピテンシースタンドではベトナムの看護師に求められる能力を「看護ケアの実践能力」、「管理および職業発展能力」、「法的・倫理的枠組みに基づいた看護実践能力」の3分野、

110項目で示している。患者の状態に応じた看護ケアの立案、実践、患者・家族への指導などが記されている。しかし、規定やガイドライン等に記載されている看護師の活動や能力と、ベトナムの保健医療施設に就労する多くの看護師の実際の業務や能力には大きな乖離がある。具体的には看護師の行う業務は与薬や医師の診療補助（点滴、創部処置など）が中心であり、患者の日常生活を整えるのは家族の役割である。患者や家族への個別性に応じた看護ケアや回復、日常生活の復帰に向けた指導などの実施はごく限られている。また、看護師養成課程においてはコンピテンシースタンドに基づいた教育内容にはなっていない。

vi. 定着（継続教育）

卒後の継続教育は保健省科学技術訓練局が所管し、研修実施機関となるベトナム看護協会、看護師養成学校、病院等が立案した研修プログラムの審査・認可を実施している。主な研修は、院内感染、看護管理などである。この研修は看護師が免許を維持するために必要な継続教育である。

4. まとめ：MRA とそのほかの要因がベトナムの看護人材開発に及ぼしている現状と課題

社会経済開発 10 年戦略（2010-2020）を軸に様々な政策に取り組み、保健医療分野においても「診断治療法」の制定など、規制枠組みの整備も進められている。

また、政策文書の中に具体的に記載されているように、あるいは保健省や保健局の担当者述べているように、免許登録制度の開始や、コンピテンシースタンド開発の背景には MRA の影響があるようだ。

法的な規制枠組みが整備され、保健セクター 5 年計画（2016-2020）に掲げられているように、現在、保健省は社会のニーズに対応できる看護人材育成に取り組み始めている。

しかし、実際の看護師の業務や能力には大きな乖離があることが指摘されており、この課題が解決されるためには看護職が就労する労働環境の改善も重要な課題であり、多方面での取り組みが期待される。

【参考文献】

- (1) ベトナム統計総局 . Statistical Yearbook of Viet Nam 2017. 2017.
- (2) 外務省 . ベトナム社会主義共和国基礎データ . 2018 [cited 2018 9 月 25 日]; Available from: <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/vietnam/data.html>.
- (3) Fujita N, Abe K, Rotem A, Tung R, Keat P, Robins A, et al. Addressing the human resources crisis: a case study of Cambodia's efforts to reduce maternal mortality (1980-2012). *BMJ open*. 2013;3(5). Epub 2013/05/16.
- (4) ベトナム保健省 . HEALTH STATISTICS YEARBOOK 2017: Medical Publishing House; 2017.
- (5) ベトナム保健省 . NATIONAL PROGRAMME OF ACTION FOR STRENGTHENING NURSING AND MIDWIFERY SERVICES FROM NOW TO 2020. 2013.
- (6) ベトナム保健省 . Group HP. Joint Annual Health Review 2011: Strengthening management capacity and reforming health financing to implement the five-year health sector plan 2011 - 2015. 2011.
- (7) JICA, 株式会社コーエイ総合研究所, 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所 . ベトナム国 社会保障分野情報収集・確認調査 ファイナル・レポート . 2014.
- (8) 厚生労働省 . 第 7 節 ベトナム社会主義共和国 . 2017.
- (9) ベトナム国会 . Socio-Economic Development Strategy for the Period of 2011-2020. 2011.
- (10) ベトナム国会 . THE 5-YEAR SOCIO-ECONOMIC DEVELOPMENT PLAN OF 2016 - 2020. 2016.
- (11) ベトナム保健省 . Master Plan on Medical Service Network Development 2010 - 2020. 2008.
- (12) 国際協力機構 . (株) コーエイ . (株) タック・インターナショナル . 看護教育分野情報収集・確認調査 . 2014.
- (13) ベトナム保健省医療サービス局 . ベトナム保健省医療サービス局資料 . 2016.
- (14) 伊藤智朗 . ベトナムにおける保健医療の現状 . 2010.
- (15) ベトナム保健省 . Basic Competency Standards for Vietnamese Nurses. 2012.
- (16) ベトナム国会 . Law on Examination and Treatment. 2009.
- (17) ベトナム首相府 . Decision of Function, Task, Power and Organizational Structure of the Ministry of Health (75/2017/ND-CP). 2017.
- (18) ベトナム保健省 . Circular on Instructions on Continuous Medical Education for Healthcare Workers (22/2013/TT-BYT). 2013.
- (19) ベトナム看護協会 . Code of Ethics for Vietnamese Nurses. 2012.
- (20) ベトナム保健省 . CIRCULAR on Guidance on Nursing Care Activities for Patients in the Hospitals (07/2011/TT-BYT). 2011.
- (21) ベトナム保健省 . ベトナム司法省 . ベトナム内務省 . Regulating code, standards for occupational title of nurse, midwife and medical technician. 2015.

ミャンマーにおける看護師・助産師養成の 現状と課題

近畿大学 社会連携推進センター

安田 直史

1. ミャンマーの保健人材の現状と戦略

ミャンマーでは豊富な農業・森林・鉱物などの天然資源に恵まれながら、長年続いた社会主義、軍事政権によって、経済開発のみならずすべての分野でのインフラ開発、人材開発が停滞し他のASEAN諸国の後塵を拝してきた。しかし2010年の新憲法、総選挙以来、民主化と民族対立の解消、経済・社会再建に向けての政治、社会、経済改革が始まっている。保健分野についても例外ではなく、抜本的変革、近代化が進められようとしている。これはまず改革開始後、政府の保健支出が7倍以上に増加し、総保健支出における公的負担率も20%から34%になったことに表れているといえよう(1)。

しかしながら、有資格の保健専門家は絶対的かつ慢性的不足の状態にある。2010年の人口1000人当たりの保健人材総数は1.49であったが、これはASEAN平均の3.2や、WHOの示す最低基準2.28をはるかに下回っている(2)。養成数増加が求められるも、同時に質の保証を求められるため、短期間での充足は困難な領域である(図5.1)。このように質の高い保健人材を

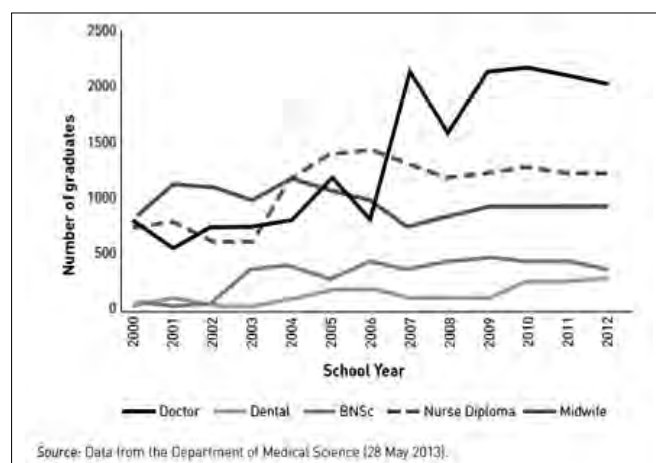
充足することは保健省の優先課題の一つとなっている。従来保健省には医科学局が医師看護師教育(大学や専門学校)を担当してきたが、人事計画、採用、維持、退職を含めて保健人事管理全般を包括的に担当する部署がなかったし、人事管理のための情報も極めて乏しかった。そこで2012年には「保健人材戦略計画2012-2017」を策定し、また2015年の保健省改組とともに人材管理を包括的に担当するべく医科学局を保健人材局と改変し、今後包括的なリーダーシップが求められるところである。この計画で保健人材に関する現在の問題点として挙げられているのは人材数不足、技術 Mix のアンバランス、不公平な地域的分布(都会>地方)、田舎への人材配置と定着の困難、そしてモチベーションを維持し高めるためのサポートやインセンティブ、などが挙げられている。

現在2018年からの「保健人材戦略」を策定中であるが、これは前計画同様に以下の4つの柱からなる包括的なものになる予定である。1) 保健人材管理に関するリーダーシップと管理能力を強化する、2) 保健人材の養成・配置・定着やモチベーション、パフォーマンスについての改善を図り全国的な人材普及を図る、3) 教育や免許、教育プログラムの認証の改革により保健人材の質を改善する、4) 人材採用、管理上の公平性を確保する。

2. ミャンマーの看護系人材教育の歴史

ミャンマーの看護系人材養成の歴史は英国統治時代に遡る。1922年に助産師・看護師法(The Midwives and Nurses Act)が制定され、現在の看護師・助産師制度の原型が形作られ、同時にその教育、登録、規制を担当するミャンマー看護助産評議会(Nurses and Midwife Council)が設立された。これは独立後も継承されていたが、1990年に看護師・助産師に関する法律(Nurse and Midwife Law)として改訂制定された。さらに2015年には看護助産評議会に関する法律(Nurses and Midwife Council Law)として再度改訂された(3)。

図 5.1 各種保健人材の卒業者数の推移 (2000-2012)



(The Republic of the Union of Myanmar Health System Review. Health System in Transition. Vol. 4 No. 3 2014 の Fig 4.11 より引用) (2)

看護師助産師の養成は2つの看護大学、23の看護関連専門学校、22の助産関連専門学校で行われている(4)。2015年の法改正により私立の看護専門学校の設立に門戸が開かれたが、現在のところはまだ私立の学校は存在していない。

ミャンマーでは「助産師」という呼称に若干注意を要する。(いわゆる)助産師というのは地域で母子保健のみならずプライマリヘルスケアを担う多機能基礎保健スタッフとしての役割を分担している。

看護師と助産師の種類と教育の変遷については表5.1にまとめるが、3年制専門学校卒業看護師(Diploma nurse)は1922年以来現在に至るまで一貫して主流の看護師教育プログラムである。1991年に学士看護師(Bachelor of nurse)が設定され、大学(4年制)か、Diploma nurseからのBridging courseにより取得することができるようになった。近年学士看護師の数が徐々に増えてきて、ミャンマーにおいても看護師の高学歴化が進んでいる。保健人材戦略計画2012-2017によると2010年現在、在職の看護師は25,544人、いわゆる助産師は19,556人とされている。資格別の人数統計は入手できなかったが、看護助産評議会幹部によると約25,000人の看護師のうち、およそ10,000人ぐらいが学士を持っていると推定されている¹。

グラフからも年間約1,800人の看護師新規卒業生のうち約30%が学士を取得していることがわかる。いずれの過程の修了者も教育年限にかかわらず評議会に「看護師」として登録されるが、昇進の速さなどに差が出るようである(2)。これに対して助産師は看護師よりも短期(1.5年)の教育で取得できる証明書(Certificate)レベルの資格であったが、2012年に2年のディプロマ資格になったばかりである。

この他に、看護助手(Nurse Aid)、補助助産師(Auxiliary Midwife)と呼ばれ、それぞれ9カ月、6カ月ほどの訓練を受けたものが存在する。前者は政府から給料を得るスタッフであるが、後者はコミュニティーヘルスボランティアの一種である。いずれも登録される専門家としての看護師、助産師とは認められていない。

表 5.1 ミャンマーにおける看護・助産教育資格の変遷

年	看護教育		助産教育	
	資格の種類	養成期間 (入学に必要な 教育レベル)	資格の種類	養成期間 (入学に必要な 教育レベル)
1922	Diploma of Nursing	3年(8年生)	Certificate of Midwifery	1.5年(8年生)
1978		3年(11年生)		
1991	Bachelor of nursing Bridging programme	4年(11年生) 2年(看護師として3年勤務後)		
2003	Master of nursing	2年		
2012			Diploma of Midwifery	2年(11年生)

3. MRA とそれに伴う看護系人材政策枠組みの改訂

古い歴史を持つミャンマーの看護助産師であるが、その教育・資格に関する政策・規制は2006年のMRA締結後、矢継ぎ早に改革されていることがうかがわれる。重要なものを表5.2にまとめたが、これは旧政権下で長年放置されてきた法体系を近代化する保健医療改革の一環でもあり、保健省、看護大学、看護評議会、看護協会などが連携してMRA基準に適合すべく改善を進めている。

2015年に改訂された看護助産師に関する法律では、私立の看護専門学校の設立が可能となったが、保健省は教育の質を担保するために教育プログラム認証制度の導入を急いでいる。既に認証ガイドラインは設定されたが、現在最終稿として試験的運用を行っており、その結果をみて最終的な調整を行うべく計画しているようである。コンピテンシー基準はASEAN看護コンピテンシーフレームワークに準拠して作成されている。そして2年ごとの免許更新に課される生涯学習プログラムの作成が進められている。

表 5.2 看護助産教育、規制政策上の変更

年	教育、規制政策上の変更
1978	看護教育カリキュラム改定(第1回)
1979	助産教育カリキュラム改定(第1回) (基礎保健スタッフとしての多目的助産師)
1991	看護教育カリキュラム改定(第2回)
2012	助産教育カリキュラム改定(第2回)
2015	看護助産師に関する法律改正 倫理と看護助産専門職行動に関する規範制定・ 登録看護師・助産師のコンピテンシー基準(5)の制定
2017	看護・助産教育施設認証のガイドライン(6)制定 法律執行のための諸手順設定 看護助産カOUNCILによるルールと規制制定
2018	生涯職業開発トレーニング(Continuous Professional Development(CPD) Training)の内容整備

1. Personal communication. President of Myanmar Nurses and Midwives Council.

これで文書上は ASEAN MRA に求められる規制枠組みは整いつつあるが、運用上実際に相互認証が行われるまでのステップはまだ明らかではない。看護のリーダーシップは MRA でよく認識されており、ミャンマーの看護教育、看護師の水準を ASEAN 各国と相互に認められるようにと努力が続けられている。看護助産評議会や看護助産協会への聞き取りでは楽観的な意見が多く、海外の職へのアクセスの機会が増えるとの認識が多い割には、ミャンマーの看護助産師の不足、定着あるいは UHC への影響についてはあまり触れられなかった。

4. ミャンマー看護系人材の課題

ミャンマーにおける社会変革は急激に進行しており、中流階級も育ちつつあるという (7)。ミャンマーではこれまでも私的医療セクターは活発で、中流層に対する医療の提供の中心を担ってきたが、概して規模は小さかった。現在私的医療セクターは海外からの投資などを通して成長しつつあり、そこにおける看護師の需要は高く、給料も高いため公的セクターにおける離職率の高さの主要な原因になっている。他にも NGO や国際機関での職のみならず、経済の好調化とともに保健、看護分野以外のビジネスのほうが入りが良いために看護助産の職を離れる原因にもなっているという。また正確な数字はわからないが、既に海外に出て働く看護師も見られる。Fukunaga (8) は 1,500 - 1,800 のミャンマー人看護師がシンガポールやブルネイで働いているとしているが、この数字は看護師登録更新作業を通して看護師・助産師評議会が把握している数字 (1,000 - 1,500) と類似している。ただし、これまではミャンマーでの看護師資格を持ちながら海外では看護助手として働いている例も多いと聞かすが、MRA が発効すれば看護師としての海外での就職が促進され、ミャンマーの看護師流出に拍車がかかる可能性がある。

また、民主化以前には経済制裁の影響で、ドナーは政府を直接支援することが許されなかったため、NGO などが並行した保健医療提供をすることが多く、公的保健医療施設で働くスタッフの仕事量はさほど多くなかった。ところが、民主化後は数多くの ODA や NGO のプロジェクトが公的機関を通して実施されるようになり、看護師や助産師の仕事は増えていると言われる。低賃金のもとで、インセンティブも乏しく、スタッフの職務意欲が低下しているとの懸念が保健省や看護助産協会関係者から示された。特に地方への配置、定着は非常に難しく、彼女らのモチベーションを如何に維持、向上させ定着を促進するかは大きな課題であろう。

最後に、ミャンマーのいわゆる助産師は基礎保健スタッフ (Basic Health Staff) とも呼ばれるように、本来の助産師の職務である母子保健以外にも多くの所掌を行っている。看護助産評議会では徐々にこれらの業務を他の職種に移管し、助産師本来の所掌に集中していくとの希望を持っている。しかし現実には公衆衛生士 (Public Health Supervisor) などの欠員補充や職務記述書変更などと連動して行われる必要があり、すぐには難しいと考えられる。看護助産評議会では、2012 年以降 Diploma 資格となった助産師も将来 Bridging course などを通じて Bachelor 資格にしていきたいという希望を持っているようである。

5. まとめ

ミャンマーの看護・助産教育や規制は長年一貫した制度を維持してきたが、この分野でも最近の民主化に伴う社会制度改革の一部として法・制度の改革が行われている。これが機動的に MRA と一致したため、新しい制度は MRA に適合したものとなっている。これによって法・制度の水準が上がることは望ましいことだが、公的セクターの看護助産師などの偏在、定着、モチベーション低下などに対する考慮が十分なされているかは不明である。今後研究や報告を通じて以上の面をモニターし、的確な対応をとっていくことが重要だと思われる。

【参考文献】

- (1) Ministry of Health M. Health in Myanmar 2014. 2014.
- (2) WHO., Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. The Republic of the Union of Myanmar health system review. 2014 Contract No.: 3.
- (3) The Myanmar Nurse and Midwife Council Law, (2015) .
- (4) Myanmar Nurses and Midwife Council. Recognized Nursing and Midwifery Training Institutions in Myanmar. 2014 [cited 2018 25 September]; Available from: <http://www.mnmcmyanmar.org/recognized-nursing-and-midwifery-training-institutions-in-myanmar/>.
- (5) Myanmar Nurse and Midwife Council. Core Competency Standards for MNMC registered Nurses and Midwives. 2015.
- (6) Myanmar Nurse and Midwife Council. Guideline on "Standards and Criteria for Accreditation of Nursing and Midwifery Education Programs in Myanmar". 2015.
- (7) Oxford Business Group. Rising incomes in Myanmar contribute to expanding middle class. 2018; Available from: <https://oxfordbusinessgroup.com/analysis/purchasing-power-rising-incomes-have-contributed-burgeoning-middle-class-and-higher-consumer>.
- (8) FUKUNAGA Y. Assessing the progress of ASEAN MRAs on professional services. 2015.

ラオスの看護の質を規定する法規の変遷と概要

聖路加国際大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

橋本 麻由美

1. はじめに

2006年に締結された「ASEAN 看護サービス相互承認協定」の合同調整委員会は、2016年1月に開催した第21回合同調整会議にて「ASEAN 看護サービス相互承認協定」実施過程が看護に関する法規制定や看護評議会 / 委員会の設立を促進したと述べ (1, 2)、橋本は、ASEAN 後発国のカンボジア・ラオス・ベトナムの看護に関する法規整備が過去約10年間に急速に進んだ点を報告している (3)。

各国の看護に関する法規整備の変遷は様々な要因があろうが、「ASEAN 看護サービス相互承認協定」がASEAN加盟国の看護に関する法規整備への影響を与えていることは否めない。

本章は、ASEAN 後発国のラオス (正式名称：ラオス人民民主共和国) に焦点をあて、看護の質を規定する主な法規の変遷および概要を筆者の考察も含めて説明する。「ASEAN 看護サービス相互承認協定」を受けて今後も進むであろう法規整備の視点から、ラオスの看護の状況の理解の参考になれば幸いである。

なお、ラオスは1975年のラオス人民民主共和国としての建国以降、現在まで社会主義型の一党支配体制であるが、1986年に市場経済メカニズムを導入し、1997年にASEANに加盟した。

2. ラオスにおける看護の質に関する法規

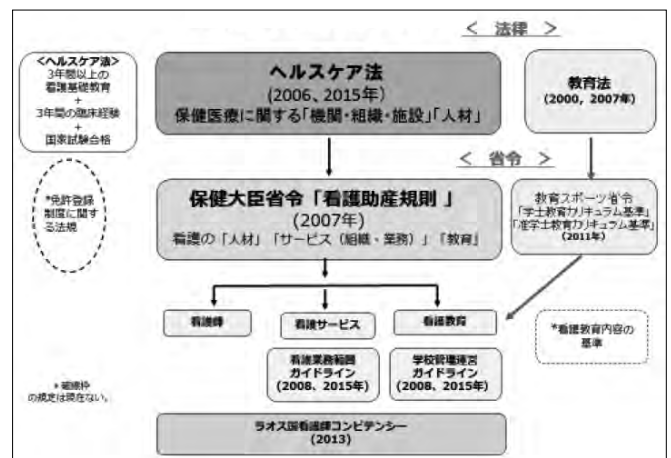
ラオスは、日本のように医療提供の「場」の規定である医療法と医療を提供する「人材」に関する身分法 (保健師助産師看護師法など) のような規制システムではなく、ヘルスケア法 (Law on Health Care) により医療提供の「場」と「人材」の両方が規制されている。ヘルスケア法は2005年に公布され (以下、2005年ヘルスケア法) (4)、これにより、保健医療専門職としての「看護師」と「看護」が初めて法律により規定された。しかしながら、ラオスには現在まで保健医療専門職の身分法や免許登録制度はない。

本章で取り扱うラオスの看護の質に関する主な法規としては、保健省が主務官庁である「ヘルスケア法」とヘルスケア法に準拠する保健省令「看護助産規則 (Nursing and Midwifery Regulations)」、看護業務範囲ガイドライン (Guidelines for Scope of Nursing Practice)、「看護助産学校管理運営ガイドライン (Guidelines for School Management and Implementation) / 大学以外の学校管理運営ガイドライン (Guidelines for Management and Implementation of Non-university Higher education Institution for Health)」とした。各ガイドラインは看護助産規則の下部省令となる。

なお、本章では説明しないが、看護の質に関連する法規として、「教育法 (Law on Education)」(2000年制定、2007年改定)、「職業訓練法 (Law on Vocational Education)」(2013年制定)、教育スポーツ省令「学士教育カリキュラム基準 (National Curriculum Standard for Bachelor Degree)」(2011年制定)、教育スポーツ省令「準学士教育カリキュラム基準 (National Curriculum Standard for Associate Degree)」(2011年制定)、保健省令「ラオス国看護コンピテンシー (National Competencies for Licensed Nurses in Lao PDR)」(2013年制定) 等が施行されていることを述べておく。

ラオスにおける看護の質に関する法規間の関係を図6.1に示す。

図6.1 ラオスの看護に関する法規



2-1. ヘルスケア法

2005年に公布され、2015年に改定された（2015年ヘルスケア法）(5)。

□ 2005年ヘルスケア法(4)

全9章65条から構成される。第1章「総則」(第1～7条)、第2章「保健医療専門職の実施」(第8～21条)、第3章「保健医療専門職の権利、義務および倫理」(第22～35条)、第4章「禁止事項」(第36～42条)、第5章「保健医療に関する財政」(第43～53条)、第6章「保健医療サービスの管理」(第54～58条)、第7章「保健医療業務審査」(第59～61条)、第8章「表彰と処罰」(第62～63条)、第9章「終則」(第64～65条)である。

看護に特に関連する規定を以下に抜粋する。

a. 保健医療専門職 (Medical Care Professionals) としての看護師

第3条「用語の意味」第2項にて、看護師は、現代医療に従事する保健医療専門職として規定された。これによると、保健医療専門職とは医療の専門的治療を提供する専門家とすると規定され、現代医療に従事する保健医療専門職¹は、医師、補助医師、歯科医師、補助歯科医師、看護師、助産師、理学療法士、臨床検査技師および放射線技師、眼科技師、言語聴覚士、心理士、栄養士とされた。

b. 保健医療専門職の要件

第8条「保健医療専門職の要件」に次の6つが規定された。

- ① 中級レベル以上²の医療専門教育を修了し、ラオスの教育省および保健省が承認したラオス国または外国の医療教育機関が発行するディプロマを保有していること。
- ② 保健医療評議会 (Medical Professional Council) の審査および推薦によって実践の許可を保健省より得ていること。
- ③ 優れた資質を有し、医師および歯科医師は少なくとも5年間、補助医師、補助歯科医師、看護師、助産師、理学療法士、他の医療技師は少なくとも3年間、政府または民間病院において保健医療専門の経験を保有すること。
- ④ 心身ともに健康であり、感染症に罹患していない証明書を有すること。
- ⑤ 保健医療専門職としての懲戒処分や犯罪歴がないこと。
- ⑥ 別途の規定がない場合を除き、ラオス国籍を有し、ラオスに居住していること。

つまり、保健医療専門職 (Medical Care Professional) としての看護師 (Nurse) は3年間以上の看護基礎教育課程を修了し、3年間の臨床経験が要件となった。

c. 看護の規定とその背景

第29条「看護」に「看護とは、看護師、助産師、理学療法士などによるケア、治療、患者の状態を身近にモニターすること。看護は、医師、歯科医師の指示書、または看護専門職の権利と義務に基づき正しく実施されなければならない」と規定された。

保健省によると、2005年に保健施設で働く医療サービス提供者は全体で6,964名、医師は841名、補助医師は1,196名、看護職は4,714名であった (MOH, 2007c)。ラオスの保健セクターにおいて看護職は約7割を占め、サービス提供の主体であった。その一方、看護の提供者に理学療法士なども入っていることからパラメディカルによって提供される医療行為を「看護」とし、医師あるいは補助医師による絶対的医行為と区別した示唆がうかがえる。

1. 伝統医療に従事する保健医療専門職は、漢方医、伝統按摩技師および鍼灸師とされ、これらの規定は別途定めるとある (第3条第2項)。

2. ラオスでは専門教育期間によって上級レベル (大学教育)、中級レベル (3年間の専門教育)、初級レベル (2年間未満の専門教育) に区分される。

❑ 2015年ヘルスケア法 (5)

全 10 章 78 条から構成される。

看護に特化した規定の変更はないが、保健医療専門職に関して特記すべきは、次の 3 点である。これにより、ラオスは試験に基づく医療専門職の免許制度と保健医療専門職の監査機関としての医療評議会の強化を意図したと読み取れる。

a. 保健医療専門職の要件に「試験の合格」

第 9 条「保健医療専門職の要件」において「保健医療評議会の審査及び推薦によって実践の許可を保健省より得ること」は削除され、「保健医療評議会³によって検討された試験に合格すること」が追加された。つまり、保健医療専門職 (Medical Care Professional) としての看護師 (Nurse) は、12 年間の基礎教育修了後に 3 年間以上の看護基礎教育課程を修め、3 年間の臨床経験と試験の合格が要件となった。

3 年間の臨床経験と試験の目的とその資格は、今後、免許登録制度と併せて検討されると思うが、看護基礎教育課程修了から免許付与までフローのどこに試験が入るのかによってそれらは異なるであろう。

また、公務員数は限られているため、看護師に限らず全ての医療専門職の新卒者の就職は極めて厳しい状況にある。2014 年の WHO の調査報告書によると約 2,500 人の保健医療専門職がボランティアあるいは契約者として働きながら正式な雇用を待っている (6)。現在の看護教育の主流である 3 年間の Higher Diploma 看護教育課程修了者数は、2015 年は約 810 名であった (7)。今後、毎年、必要となる卒業生への 3 年間の臨床経験を行う医療施設の確保や指導監督体制、ならびに卒業生の身分や処遇についても議論が必要であろう。

加えて、整理し確認すべき事項のひとつは、2015 年ヘルスケア法の要件を満たす看護師 (Nurse) がラオスの免許登録制度に基づく Registered-Nurse となるのかである。また、ASEAN 経済共同体の Skilled Labor として「ASEAN 看護サービス相互承認協定」が示す Professional Nurse との関係もある。これら、ヘルスケア法が示す Nurse、ラオスの Registered-Nurse、ASEAN 経済共同体の Skilled Labor としての Professional Nurse はイコールなのか、違いがあるのか、関係整理が必要である。

b. 「保健省の権利と任務」に免許の発行

2005 年ヘルスケア法では、「保健省の権利と任務」のひとつは「業務許可証の発行」であったが (第 59 条 9 項)、2015 年ヘルスケア法では、「保健医療専門職への免許の発行」と規定された (第 59 条 9 項)。なお、保健省の公式文書に「免許」の用語が使われたのは、2007 年保健大臣決定「医療評議会」である。第 2 条「医療評議会の任務」のひとつとして、保健大臣に対して医療専門職としての免許証発行許可の提案とあった。ただし、2005 年ヘルスケア法には免許という用語はない。

c. 医療評議会の強化

医療評議会の役割について、2005 年ヘルスケア法 (第 58 条「医療評議会の役割」) では、保健医療専門職の活動に関する行政における保健省の事務局機能とされている。しかし、2015 年ヘルスケア法では、医療評議会は保健省によって設立されるとし、保健医療専門職の実務の監査や管理を担う保健医療専門職の代表であると規定された。しかし、免許登録に関する権利や役割に関する規定はない (第 63 条)。

その他、2015 年ヘルスケア法の主な改正点は、職業倫理や禁止事項ならびに保健医療サービスの監査の強化、そして、新しく章として追加された紛争解決 (Conflict Resolution) や村の保健管理委員会や地方自治体の権利と任務の規定が挙げられる。

❑ ヘルスケア法と憲法および政策

2005 年ヘルスケア法制定の背景は不明であるが、2003 年ラオス憲法 (8) 第 25 条「国家は、国民の健康を維持するため、公衆衛生の改善と拡充に努める (以下略)。」の規定を受け (1991 年憲法、2015 年憲法も同様の規定がある)、ヘルスケア法は国が国民に必要な最低限の医療の質を保証するための法律である。

憲法は、ラオスが改革路線を採択し、ASEAN 加盟、ASEAN 自由貿易加盟等の政策目標に合わせて、1991 年に憲法制定、2003 年に改正、

3. Regulation Book for Nursing/Midwifery Education and Practice, MoH,2015 (Supported by JICA) 中の Law on Health Care (Amended) の英訳では Medical Association と記されているが、ラオス保健省の動向から Medical Association (医療協会) ではなく Medical Council (医療評議会) であろうと判断した。

そして2015年に改正された。特に2003年、2015年の憲法改正は、法治国家建設の意志と国際的な経済統合の動きに合わせたと分析されており(9,10)、ヘルスケア法においても同様の意図が読み取れる。

2-2. 看護助産規則(11)

□ 制定の背景

保健省令「看護助産規則」および下部省令である各ガイドラインや「ラオス国看護師コンピテンシー」はJICAの技術協力の支援にて制定および改定された。ラオス側は、当初、看護サービスの質の強化のため看護教育の支援を希望していたが、ラオスにおいては看護助産人材の定義、業務内容、名称、資格が明確に定められていないことから、看護に係る基盤として看護規則制定など看護行政整備を行うことがラオス保健省とJICAで合意された。

2007年の「看護助産規則」公布までには、先に草案された「ヘルスケア法2005年」の進捗を確認しながらの作業となり、約2年近くの時間を費やした。法規制定の経験がないラオスの看護職にとっては、ラオスの法体系の確認や看護に関する協議および関係者との合意形成だけでなく、ラオス語としての正確さにも難儀した。ラオス語の図書は少なく、国語辞書を見かけないことからラオス語の的確な記述にも時間を要した。

□ 看護助産規則の構成

全5章33条で構成される。

第1章「総則」(第1～5条)

目的、看護と助産の理念、定義、規則の適用範囲、看護の日

第2章「看護・助産教育」(第6～20条)

看護・助産教育機関、看護・助産教育機関の位置づけと役割、看護・助産教育機関の義務、看護・助産教育機関の権利、看護・助産教育機関の組織と人事構成、学校長の資格、学校長の責務、教頭の責務、看護・助産の専任教員、学生の入学、入学定員、看護・助産教育機関の施設と教材、教育評価、教員の研究と研修

第3章「看護サービス」(第21～29条)

看護の組織・役割と構成、看護組織の運営管理、看護師の職務、助産師の職務、看護・助産の業務範囲、看護・助産記録、守秘義務、研修と研究、実習への協力

第4章「表彰と罰則」(第30～31条)

表彰、罰則

第5章「終則」(第32～33条)

施行責任と実施機関、規則の発効

別表

1. 1) テクニカル看護師カリキュラム
- 2) 学士看護師のカリキュラム(テクニカル看護師の卒後教育)
2. 看護教育レベルと公務員区分表(ラオス公務員の管理規定第40条に基づく)

□ 主な特徴的な内容

a. 規則の目的、看護の理念、看護の日

規則の目的は2つある(第1条)。「ラオスの国民の健康の保護と向上のため」と、「専門職としての看護師、助産師、看護助産師の権利の保護、成長、自立のため」である。「専門職としての権利の保護、成長、自立のため」が目的のひとつとされていることから、当時の社会における看護師への認識あるいは看護師自身の認識が暗示される。

そのような状況で、看護の理念(第2条)を「看護と助産は、教育と能力を基本とした理性的な活動であり、職業倫理に基づき、

尊厳と規律を持って国民の健康と安全を維持し（以下略）」と打ち出したことは、看護助産規則によって専門職としてのラオスの看護のありかたが示されたと考える。

看護助産規則は、「看護の日」も規定している（第5条）。国際看護の日と同様に、近代看護を築いたフローレンス・ナイチンゲールの誕生日である5月12日を看護の日と定め、「看護師及び助産師は、看護と助産に対する国民の理解を深め、自らの職業への誇りと就業意識の高揚を図るための行事の開催などを展開するべき」とした。これは看護助産規則の目的を達するための手段とも考えられるが、各病院や養成施設では看護職がその中心となり行事を開催しており、その規定の意図において有効であると思う。

b. 「看護」や「看護ケア」の定義とその背景

第3条には、「看護」や「看護ケア」の定義がある。本来、看護あるいは看護ケアは学問的発展があるもので法令にて規定されるものではないが、ラオスには看護の職能団体や学会はなく、「看護」や「看護ケア」をラオス語にて定義された文書がないことから看護助産規則の中で定義された。

ラオスでは国内で看護学士教育も開始され、海外（主にタイ）で看護学修士号や看護学博士号取得した看護師が増えるなか、今後は、看護学の中でラオスの「看護」や「看護ケア」が定義と再定義を繰り返しながら発展していくことを期待する。

c. ラオスの看護職とは

ラオスの看護職とは、看護師、助産師、看護助産師の3職種を示す（第3条）。看護職に限らず、保健医療専門職は全て公務員である。専門職としての教育期間によって公務員としての上級、中級、初級レベルに区分され登録される。レベル別に異なる給与体系となるが、看護職としては同じ業務範囲⁴の規定である。

なお、看護助産師とは、日本のように看護基礎教育を基盤に助産教育を修了した Nurse-Midwife ではなく、看護教育と助産教育が統合された看護助産教育課程を修了し卒業した者であり、現在、その養成はない。初級看護助産師教育は1993 - 2004年、中級看護助産師教育は1990 - 2002年、テクニカル中級看護助産師教育は2003 - 2010年に実施された（12）。上級看護助産師教育課程の歴史はなく、比較的短期期間の専門教育でマルチタスクをこなす看護助産師が保健医療サービスの担い手として養成されたことがうかがえる。今後、看護助産師教育が再開することはないと思われ、在職にある看護助産師への免許は、現在の職務内容によって看護師あるいは助産師の免許付与が妥当であろう。

d. 適応範囲とその背景

2005年の看護職の総数4,700名のうち、4,000名が2年間未満の看護（あるいは看護助産）教育課程を修了した初級レベルであった（13）。ヘルスケア法では、保健医療専門職を専門職としての教育が3年以上の中級レベル以上と規定されたが、職にある看護職の教育背景を鑑み、看護助産規則はヘルスケア法に準拠するものの全看護職を対象とし、ラオスの看護全体の質の向上を図ることを根本においた。なお、初級レベルの看護職の養成は2003年以降ない。

e. 施行責任機関

第32条に保健省組織人事局と治療局は、本規則（11）の普及及び管理と保守において責任をもつと規定されている。

2005年当時は保健省人材局で看護教育を管轄し、治療局看護課で看護サービスを管轄していたが、保健省は再編成され、看護教育や看護サービスという区分で管轄する部署あるいは、看護を総括する部署や組織は存在しない。一方、ラオス保健省は、免許登録制度構築を目指して、医療評議会を再構成し、2017年には医療評議会の傘下に看護委員会（Nursing Board）を設立した。免許登録制度の議論を通して、看護助産規則の位置づけや内容が検討されると思われるが、看護助産規則に準拠する各ガイドラインも含めて、その施行責任機関も再検討されて規定されるべきであろう。

看護助産規則の第2章「看護・助産教育」と第3章「看護サービス」に関しては、看護助産規則の下部省令である各ガイドラインと併せて説明する。

4. 「看護業務範囲ガイドライン」と「助産業務範囲ガイドライン」を指す。

2-3. 看護助産規則第3章「看護サービス」と看護業務範囲ガイドライン

□ 看護業務範囲ガイドラインの目的と制定背景

保健省令「看護業務範囲ガイドライン」の目的は、看護助産規則の第23条（看護師の職務）と第25条（看護・助産の業務範囲）で規定された内容について関係者の認識を合致させることとして、2008年に制定された⁵（14）。

その背景としては、看護助産規則により看護師の責務と業務範囲が規定されたものの、保健省は臨床現場の看護師や医師が、その内容を理解し実践するために具体的な内容の提示を意図した。

2013～2015年に中央病院においてモデル的に「看護業務範囲ガイドライン」の積極的実践経験を踏まえ、「看護業務範囲ガイドライン」は臨床看護師だけでなく医師にもより理解しやすいラオス語の表現への修正と、郡病院以下医師の配置がない医療施設で勤務する看護師の実情を反映する目的で2015年に改定された（15）。

□ 主な内容

a. 看護師の職務（看護助産規則第23条）

看護師の責務は、「個人、家族および地域に対し、健康問題のアセスメント、看護診断および看護計画の作成、実施と評価を通して、①健康に関する教育、助言、指導を行い健康増進を支援する、②症状の軽減、悪化防止および機能回復のために身体的・精神的・社会的支援、③疾病に対するガイドラインに沿った治療と予防、④患者の安全・安楽と効果的な医療のための医師への協力」と規定されている。

b. 看護業務基準（看護業務範囲ガイドライン第3条）

次の12項がある。

①看護行為の実施および結果に対する責任、②公平な看護の提供、③社会に対する看護サービスの提供、④エビデンス（根拠）に基づいた看護、⑤継続的な注意深い観察、⑥記録、⑦報告、⑧看護の継続、⑨安全対策、⑩自己研鑽、⑪学生・後輩の育成、⑫医療の専門家として国民の健康への積極的な貢献

看護行為の実施だけでなく結果にも責任をもつ、という点は専門職として特に意義深い。

c. 看護業務範囲（看護助産規則第25条、看護業務範囲ガイドライン第4条）

看護助産規則にて看護師の業務範囲は次の4項に規定された（第25条）。

- ① 看護師が独自に判断し行う業務
- ② 看護師が医師の指示書に基づいて行う業務
- ③ 医師の指示書に基づいて看護師が医師の立ち会いの下に行う業務
- ④ WHO および MOH が定めたガイドラインに沿った特別な疾患、外傷、出血等の緊急時に行う業務

看護業務範囲ガイドラインは、各項の説明が入り、具体的看護業務が別表に挙げられた。首都の中央病院と地方の郡病院やヘルスセンターでは求められる看護業務には違いがある。保健省令として看護業務を詳細に規定するのではなく、法規を解釈し、その施設で提供されるべき看護サービス全体の中で看護業務を整理できる看護人材が育つことを期待する。

なお、看護助産師にみられるように、ラオスでは看護師と助産師の区分はあまり意識されず、また2005年当時、人口1,000人あたり医療者数（医師、補助医師、看護師、助産師、看護助産師）が1.59と医療者数が極めて少ないことから（13）助産師も看護業務に携わることができると規定された（看護助産規則第23条）。助産師業務においても同等に、看護師も助産業務に携わることができると規定された（看護助産規則第24条）。

5. 助産領域においては、「助産業務範囲ガイドライン」が「看護業務範囲ガイドライン」と同等に2009年に制定された。その他、MDGsの達成を目指し、2009年には看護教育と区分した助産師教育が開始され、「助産実践臨床基準（Clinical Standards of Midwifery Practice in Lao PDR）」（2009年）や「助産師教育と研修基準（Midwifery Education and Training Standards in Lao PDR）」（2010年）が保健省令として制定された。

d. 禁止行為（看護業務範囲ガイドライン第5条）

侵襲性の高い医療行為や医学的診断治療方針の決定は医師の立ち合いがあっても看護師は実施してはならない。ただし、修士レベルのクリニカルスペシャリスト等特別な教育を受けた看護師は除外されることが規定された。しかしながら、首都以外の地域における医師は人口1,000人対0.07（6）と極めて低い状況を鑑み、2015年改定版においては、医師が配置されていない医療施設で勤務する看護師は、県あるいは郡保健局と保健省が合意承認した研修を受けている場合、ガイドラインに基づき必須医薬品を用いて初期の医療行為を行うことができることが明記された。

❑ 「中央病院の看護職位による業務内容」

2000年にWHOの支援により「中央病院の看護職位による業務内容（Draft Job Descriptions for Nursing Positions at Central Hospitals）」が草案されたが、ラオス保健省からの承認は得られていない（マホソット病院看護部に保管されている）。「ラオス国看護コンピテンシー」にはラオスの看護師として9つのコンピテンシーが定められ、各コンピテンシーには4つのレベルがある。各コンピテンシーのレベルと看護職位を関連させたキャリアパスが考えられる。

2-4. 看護助産規則第2章「看護・助産教育」と「看護助産学校運営ガイドライン（大学以外の学校管理運営ガイドライン）」

「看護助産学校管理運営ガイドライン」は、看護助産規則に準拠し、看護職の養成施設の管理と運営に関する詳細を示すことを目的に2008年に制定され（16）、2016年に「大学以外の学校管理運営ガイドライン」として改定された（17）。この背景には、看護基礎教育も高等教育機関で行われるようになり、大学や短期大学にはそれぞれの規定があるため、「大学以外」を対象とし、また、公衆衛生学校では看護職以外の保健医療専門職も養成されていることから看護や助産以外にも対象としたことにある。

現在、ラオスの看護師養成施設は首都の保健科学大学看護学部、保健科学短期大学3校、公衆衛生学校3校と看護学校の計8校ある（7）。全て公立であるが、予算フォローは異なる。各養成施設は、ガイドラインの遵守が求められ施行責任部署である保健省へ年間報告も規定されているが、報告内容に基づく保健省からの指導監督の実績に関する情報は得られていない。

ラオスでは看護師養成施設としての認可基準や看護師になるのに必要な教育内容の規定はない。そのため、学士看護教育カリキュラムやHigher Diploma 看護教育カリキュラムは、まず、看護行政官、看護教員、看護管理者といったラオスの看護のリーダー達によってカリキュラム案が策定され、教育スポーツ省に申請された。次に教育スポーツ省はHigher Diploma 相当の教育としての内容を検討し、そして、教育スポーツ省より承認されたカリキュラムについて保健大臣がその実施を決定し、開始となった。なお、看護助産規則の別表に看護カリキュラムが挙げられているが、現在は、それらの教育課程は実施されていない。

3. おわりに

2007年の看護助産規則の制定では、看護全体の質の向上を図ることが根本におかれた。約10年の経過の中で、ラオス国内で看護学士教育も開始され、今後は、ラオスの看護のリーダーたちは、免許登録制度構築に取り組む。免許、名称、業務範囲、看護実践能力（コンピテンシー）、教育内容（看護基礎教育、卒後教育、継続教育）そして、看護の規制当局について協議され、保健医療専門職の規制枠組み全体の中で、看護の質に関する法規も改められるであろう。

天野は専門職の条件として、①高等教育以上の教育、②資格試験、③職業団体および行動規範、④公共福祉への志向、⑤職業活動上の自律性があることを挙げている（18）。①に関してはラオスの看護師も得た。②に関しては今後取り組む。③に関しては看護委員会が設立され、看護師の職務、倫理、看護基準が規定されている。④に関しては、看護助産規則の1つめの目的に「ラオスの国民の健康の保護と向上のため」を掲げている。⑤に関しては、看護助産規則の2つめの目的「専門職としての権利の保護、成長、自立のため」に関係している。専門職としての看護師の法規に書かれるのは、専門職としての「自立」ではなく「自律」であるとラオスの看護のリーダー達が意見する姿を期待したい。

【参考文献】

- (1) ASEAN. ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Nursing Services. 2006 [cited 2018 1 October]; Available from: https://asean.org/?static_post=asean-mutual-recognition-arrangement-on-nursing-services.
- (2) AJCCN. AJCCN Achievements (2007-2015) . ASEAN Joint Coordinating Committee on Nursing, 2016.
- (3) 橋本麻由美., 五十嵐久美子., 田代順子., 橋本千代子. 第 29 回日本国際保健医療学会学術大会合同大会ミニシンポジウム「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—」報告 . 国際保健医療 . 2015;30 (3) :251-63.
- (4) National Assembly LPDR. Law on Health Care 2005 (No. 09/NA) . 2005.
- (5) National Assembly LPDR. The Law on Health Care 2015 (No. 017/NA) . 2015.
- (6) WHO. Lao People's Democratic Republic health system review. 2014 1.
- (7) Ministry of Health LPDR. Emerging Challenges and Solutions on Faculty Development of health Professional Institutes in Lao PDR. 2018.
- (8) Constitution of the Lao People's Democratic Republic (No. 25/NA/2003) (2003) .
- (9) 瀬戸裕之 . 政治 . ラオス概説 第 2 版 : ラオス文化研究所 ; 2015.
- (10) 川村仁 . 2015 年ラオス憲法改正の要点 . 法務省 , 2016.
- (11) Ministry of Health LPDR. Ministerial Decision on Nursing and Midwifery Regulations (No. 656/MOH) . 2007.
- (12) 松尾潤子 ., Mouioudomde. P, 赤澤千春 . ラオス人民民主共和国における看護教育の変遷 . 大阪医科大学看護研究雑誌 . 2017;7:114-23.
- (13) Ministry of Health LPDR. Human Resources for Health Analysis of the situation in the LaoPDR. 2007.
- (14) Ministry of Health LPDR. Ministerial Decision on Guidelines for the Scope of Nursing Practice (No. 40/MOH) . 2007.
- (15) Ministry of Health LPDR. Ministerial Decision on Guidelines for the Scope of Nursing Practice (Revised) (No. 726/MOH) . 2015.
- (16) Ministry of Health LPDR. Ministerial Decision on Nursing/ Midwifery school Management and Implementation Guidelines (No. 039/MOH) . 2008.
- (17) Ministry of Health LPDR. Ministerial Decision on Guidelines for Management and Implementation of Non-University Higher Education Institution for health (No.176/MOH) . 2016.
- (18) 天野正子 . 看護婦の労働と意識—半専門職化に関する事例研究— . 社会学評論 . 1972;22 (3) :30-49.

NCGM が実施してきた看護プロジェクトの変遷からみえた看護分野協力への提言

国立国際医療研究センター（NCGM） 国際医療協力局

橋本 千代子

1. はじめに

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター（以下 NCGM）に看護職が配置されて 25 年が経過した。その間、述べ 50 名の看護師が独立行政法人国際協力機構（以下 JICA）のプロジェクトや厚生労働省の国際展開推進事業を通して、多くの国際協力事業に関わってきた。今回、NCGM 看護職の役割がどのように変わってきたのか、特にカンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナムの 4 カ国における事業について、取り上げた課題や対象施設の変遷を振り返る。また、これら変遷に影響を及ぼした外的要因、特に相互承認協定（Mutual Recognition Arrangements 以下 MRA）について検討する。

2. 国際医療協力局の歴史（看護職の歴史）

戦後 30 年を経て高度経済成長を遂げた日本は、世界への貢献を求められるようになり、保健医療の分野でも国際協力が期待された。1979 年日本政府によりカンボジア難民キャンプへの緊急医療援助が決定し、NCGM の前身である国立病院医療センターも初めて医師を派遣し、1986 年 10 月、正式に「国際医療協力部」が発足した。当時は医師 5 名、事務職 2 名のわずか 7 名でスタートした。

その後、開発途上国での保健医療分野の人材育成にも重点を置くようになり、無償資金協力によって建設された病院に、数多くの医療従事者を派遣し、診断・治療などを含めた医療技術支援を実施した。ベトナムやボリビアへの支援を開始したのはこの時期である。

1993 年、国立国際医療センターに改組された。国際医療協力部から国際医療協力局に改称し、この年から看護職も病院部と併任という形で 13 名が配置され、1995 年正式に国際医療協力局の看護師として配属体制が整備された。2010 年には独立行政法人となり、2015 年には NCGM に改称され現在に至る。組織体制としては運営企画部、人材開発部、連携協力部の 3 部（6 課）となり、2018 年 6 月現在、医師 32 名・歯科医師 1 名・薬剤師 1 名・検査技師 1 名・看護職 13 名（課長 1 名、専門職 1 名、スタッフ 11 名）が配置されている（1）。国際協力局看護師は基本的には病院看護部からの配置換えとして入局するが、2015 年より保健師、助産師に限って外部より直接公募も開始となった。

1993 年の発足より 25 年間で延べ 50 名の看護職が配置されている。

2-1. 看護職海外派遣の目的、期間と派遣依頼機関¹

全体の派遣件数は 1988 年～2018 年 3 月までの約 30 年間で 698 件（全体 4,495 件）あった。

NCGM からの派遣は主に国際医療協力局、病院看護部、国立看護大学校からの派遣になる。

国際医療協力局は国際協力が専任の仕事のため、派遣件数の 79%（552 件）を占めるが、病院看護部からも 18%（123 件）が派遣され、各診療科の看護分野で参加している。また、国立看護大学校からも 3%（23 件）が派遣されており、看護人材の制度構築などの分野で活動を実施している。派遣件数は NCGM が関わる JICA プロジェクトが開始され、かつ看護職が国際医療協力局に配置された 1995 年頃より急速に増加している。

1995 年～2005 年までは、約 85% の派遣が JICA から依頼の派遣であったが、1990 年度に国際医療協力研究委託費（独立行政法人後

1. 国際医療協力局年報（NCGM 国際医療協力局発刊）1986～2017 年度の派遣実績参照。

は国際医療研究開発費となる）が開始され、看護職も研究事業に参加するようになり母子保健、保健人材などをテーマとした研究費での派遣が全体の約 30%増加し、看護職の国際会議への参加も増えている。また、2015 年の厚生労働省医療技術等国際展開推進事業（以下、国際展開推進事業）の開始とともに、2018 年 3 月までの実績では国際展開推進事業実施のための派遣が全体の約 41.7%を占めており多岐にわたる財源による派遣へシフトしてきている。

2-2. 派遣国²

国際医療協力局の看護職の派遣国数は 57 カ国であり、アジアが 74%（513 件）を占めている。1980 年代から継続的に JICA プロジェクトを実施しているベトナム、ラオス、カンボジアへの派遣が多い。また、国際展開推進事業においてもベトナム案件が多く、派遣先としても一番多い。中南米諸国への派遣は経済状況の改善と共に 2005 年ごろより減少しており、現在の派遣は東南アジア、アフリカ地域が中心となっている。

2-3. 技術協力における活動内容（表 7.1）

今回は ASEAN 地域に関係したプロジェクトに特化して、NCGM 看護職が関わったプロジェクトおよび、主な実施課題を記載する。大きく分けて活動は JICA によるプロジェクト専門家派遣、国際展開推進事業、国際医療研究開発費などの財源による活動がある。

表 7.1 技術協力における NCGM 看護職の活動内容

年	ベトナム		カンボジア		ラオス		ミャンマー	
	プロジェクト (PJ) 名	活動内容	プロジェクト (PJ) 名	活動内容	プロジェクト (PJ) 名	活動内容	プロジェクト (PJ) 名	活動内容
1990 年代	チョーライ病院 PJ (1994-2000)	看護管理 院内教育 システム強化	母子保健 PJ (1995-2000)	看護管理 各診療科強化 院内教育 システム	小児感染症予防 PJ (1998-2001)	EPI、地域看護		
2000 年代	バクマイ病院 PJ (2000-2005)	看護管理 院内教育 システム強化	母子保健 PJ (II) (2000-2005)	看護管理 各診療科強化 院内教育 システム	子どものための 保健医療 サービス強化 PJ (2002-2007)	小児保健 基礎サービス 地域看護	ハンセン病対策・ 基礎保健 サービス改善 PJ (2000-2006)	疾病対策、 地域看護 基礎保健 スタッフ研修
	バクマイ病院 地方医療人材 研修能力強化 PJ (2006-2009)	研修管理 トータルケア DOHA (研修管理)	医療技術者育成 PJ (2003-2008) (看護師・臨床検 査技師・放射線技 師・理学療法士)	教育の 改善指導要領・ カリキュラム・ シラバスの作成				
	ホアビン省 保健医療 サービス強化 PJ (2004-2009)	看護管理 DOHA (研修管理)	地域における 母子保健 サービス向上 PJ (2007- 2010)	助産師教育 (県レベルへ)	看護助産 人材育成強化 PJ (2005-2010)	看護規則整備		
	中部地域医療 サービス向上 PJ (2005-2010)	看護管理院内 教育システム 強化			保健セクター事業 調整能力強化 (2006-2010)	保健省組織能力 強化 助産法政整備	基礎保健 スタッフ強化 PJ (2009-2014)	研修管理
2010 年代	保健医療従事者 の質の改善 PJ (2010-2015)	研修管理 DOHA	医療技術者育成 システム強化 PJ (2010-2015)	看護人材制度	母子保健統合 サービス強化 PJ (2010-2015)	母子保健		
	北西部省医療 サービス強化 PJ (2013-2017)	リファーマル システム強化 DOHA 保健情報管理	助産師の能力 強化を通じた 母子保健改善 PJ (2010-2015)	助産ケア	母子保健人材 開発 PJ (2012-2016)	保健人材育成 システム強化		

2. 国際医療協力局年報（NCGM 国際医療協力局発刊）1986～2017 年度の派遣実績参照

年	ベトナム		カンボジア		ラオス		ミャンマー	
	プロジェクト (PJ) 名	活動内容	プロジェクト (PJ) 名	活動内容	プロジェクト (PJ) 名	活動内容	プロジェクト (PJ) 名	活動内容
2010年代	新卒看護師のための臨床研修制度強化 PJ (2016-2020)	新人看護師育成制度	分娩時及び新生児期を中心とした母子継続ケア改善 PJ (2016-2021)	新生児ケア	保健医療サービスの質改善 PJ (2016-2021)	医療サービスの質の改善		
	フォーライ病院向け病院運営・管理能力向上支援 PJ (2016-2021)	医療安全、感染対策 クリニカルパス チーム医療			持続可能な保健人材開発・質保証制度整備 PJ (2018-2023)	免許制度整備 国家試験導入 新人看護師教育 制度整備		
2010年以降	看護職ワークショップ（研究費、外部費用）： 看護職法制度・看護職の資格認定・登録制度・国家試験・継続教育について 参加国：カンボジア、ラオス、ベトナム、ミャンマー+インドネシア、バングラデシュ、フィジーが参加の回もあり							
NCGM事業	国際展開推進事業 マルチ看護：初期教育制度（カリキュラム）、臨床指導者・学校教員能力強化							

(関連資料を参考に筆者作成)

3. 技術協力における役割の変化

JICA プロジェクト内での看護職に求められる職務内容は年代によって変化がみられる。今回は ASEAN 地域に関係したプロジェクトに特化して技術協力における NCGM 看護職の役割の変遷を、4 期に分けて述べる。

❑ 第 1 期) 無償資金協力+病院プロジェクト=看護管理、院内教育強化 (1980 年代～ 1990 年代) (2)

1980 年代に入ると日本政府の ODA 事業が進み、アジア、南米、中東で無償資金協力による病院の建設が始まり、それに伴って医療水準向上のため医師、看護師の派遣を中心とした病院プロジェクトが開始された。NCGM は、ボリビア、カンボジア、ベトナムなどの病院プロジェクトにかかわった。その中で看護職は、相手国病院内の看護部長・師長などの管理職を主なカウンターパートとして、院内看護部を設立し看護管理の強化を行った。看護部設立後は院内教育体制の整備、院内教育制度の導入など、看護部が自律的な運営を行えるような働きかけを行っている。

❑ 第 2 期) 病院から地域へ=地方行政への支援 (地域における母子保健システム強化)、 継続教育システム (地域保健医療システム (患者リフェラルシステムなど) (1990 年代後半～ 2000 年代前半) (3-5)

一病院での医療技術支援だけではごく限られた人々しか、その恩恵を被ることができない現実に直面する中で、ベトナムでは南部の中核病院から北部、中部の中核病院の強化にシフトしていった。併せて病院内から下位病院への教育制度整備、地域保健医療システム (患者リフェラルシステム) 整備を支援するために、行政機関、特に、地域の保健医療を担う行政への支援へシフトした (1 国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 HP 参照)。また、カンボジアでは 3 次病院施設による全国レベルの継続教育システムの構築を目指した。また一部では、医療施設を中心とした地域保健医療システムづくり (母子保健強化やリフェラルシステム強化など) へシフトしている。看護職はこの中で地方行政と関わり、地方分権化が進む中で、その地域にあったシステムを考え、導入する役割を担っていた。

しかし国全体で考えると、まだまだ一部の地域、人材への恩恵に限られていた。

❑ 第 3 期) 地方行政から国レベルの看護人材制度整備の土台作り (2000 年代後半～ 2015 年ごろ) (6-9)

2006 年に看護人材に関する MRA が ASEAN 各国により調印され、資格相互認証にむけた準備が国レベルで開始された。カンボジア、ラオスでは資格相互認証に当たり土台となる人材の質を担保するための資格免許制度作りが急務となった。結果、支援内容がその制度整

備を目的として、保健省担当部局や関連する教育機関・病院の管理職を相手機関とする活動にシフトした。具体的には、3年制教育カリキュラムや国家試験制度の整備、看護師のコンペテンシーや倫理規定の策定とそれらの導入に伴う法制度整備などである。これらの支援に当たり NCGM 国際医療協力局は、独自に開発したハウスモデルを活用し、まず保健人材開発を包括的に分析した。分析結果をもとに保健人材（特に看護人材）の質を担保するために必要な家（ハウス）の土台部分（法、制度整備）の強化を支援しており、結果的に MRA 実現にむけた準備にかかわっていたことになる。しかし、この時期には、制度は作ってみたが、実際の病院や看護教育施設への導入、実施には至っていない場合が多かった。その原因として、看護職自ら専門職としての意識を持ち制度を動かしていくだけのリーダー人材が国、地方行政、病院レベルに十分にいない、あるいはいっても経験が不足している、といった状況があった。

❑ 第4期) 制度作りから制度実施支援へ (2015年ごろ～) (9-13)

ASEAN 地域で経済状況の改善と健康保険制度整備が進み、医療水準の向上が見られるようになった。医療の質や安全に対する社会的な要求は高まり、WHO においても医療安全や院内感染対策が重点課題となってきた。2015年頃からは看護人材の免許資格制度整備が進む中、各国では看護師コンペテンシーの制度が進み、医療水準の向上を目指した活動を実施している。しかし、コンペテンシーと実際の病院で実施されている看護にはギャップがあり、看護師のコンペテンシーが机上の空論にならないように、実際の医療施設への導入を試行している。また、その実施に伴い、看護人材の指導者やリーダー人材の育成が重要視されてきており、指導者育成システム、指導者能力強化への活動に重点が移っている。

4. MRA に関する4カ国（カンボジア、ラオス、ベトナム、ミャンマー）の達成状況と国プロジェクトの関与

2007年 AJCCN が設立され、MRA 実現に向けた各国レベルの看護職に関する人材制度整備をモニターする役割を持った。2015年にはそれまでに達成された成果が報告されている（表7.2）。

4-1. 各国における達成状況（14）

表7.2 4カ国における看護人材制度整備の達成状況

国名	達成事項
Cambodia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Development of Code of Ethics 2. Completed all the matrixes agreed upon during previous AJCCN meeting 3. Facilitating Nurses Training Programmes from ASEAN contrives 4. Scope of practice and standard of care 5. Participated in the capacity building of professional nurses within ASEAN 6. National Nursing Conferences focusing on the sharing of best practice in nursing education, nursing management and leadership
Lao PDR	<ol style="list-style-type: none"> 1. The Law on health care was revised in 2014 (No58/MOH, Date 24 December) . 2. Some regulations for nurses have been developed and revised <ul style="list-style-type: none"> • Nursing and Midwifery Regulations were issued in 2007 • The Guidelines for the Scope of Nursing Practice were issued in 2008 and revised in 2015 • Guidelines for the Scope of the Midwifery Practice were issued in 2009 • Clinical Standards of Midwifery Practice in Lao P.D.R were issued in 2009 • Nursing and Midwifery School Management and Implementation Guidelines were issued in 2008 and are currently under revision • National Competencies for Licensed Nurses in Lao P.D.R were issued in 2013 3. Nursing education has been improved <ul style="list-style-type: none"> • Nursing and Midwifery education programs have been upgraded (for example, Direct entry course of Bachelor Nurse started in 2010, 3-year program of Higher Diploma Nurse started in 2010, Curriculum for diploma nurses program (2.5 years) was upgraded to higher diploma nurses (3 years) in October 2015) • Competency based curriculum for Higher Diploma Nurses (HDN) has been developed and implemented since 2014

国名	達成事項
Lao PDR	<ol style="list-style-type: none"> 4. Nursing services have been strengthened <ul style="list-style-type: none"> • Nursing care model has been developed at model wards in a teaching hospital (Mahosot hospital) applying the Guideline of Scope of Nursing Practices • Trainings on Model nursing practices focusing on utilization of nursing process have been implemented for nurses of teaching hospitals in 2015 5. Licensing and registration system for nurses is currently under development <ul style="list-style-type: none"> • The Strategy on Healthcare Professional Licensing and Registration System in Lao PDR (2016-2025) was issued in 2015 • Study visit for learning about Licensing System has been conducted in Japan, Indonesia and Thailand
Viet Nam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Code of ethics of Vietnam Nursing Profession in 2012 by the President of the Vietnam Nurses Association 2. Basic competency standards for Vietnamese nurses were issued in accordance with the decision numbered 1352/QĐ-BYT dated on the 24th, April 2012 by the Ministry of Health 3. REGULATION on evaluating the quality standards program nursing training college degrees, college 4. Law on Medical Examination and Treatment, November 23, 2009. The ly No 40/2009/QH12 5. We invited lecturers from the United States and Thailand to Vietnam with the training school for nursing PhD 6. CPD for Nurses (in general 24 hours) and focus on comprehensive care, infection control, laws and professional regulations, nursing research and nursing specialty 7. We had training programs based on competency standards nursing Vietnam and development programs at four universities
Myanmar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Awareness promotion workshop on ASEAN –MRA has been conducted as a joint collaborative programme led by Myanmar Academy of Medical Science (MAMS) with the collaborative effort of Myanmar Medical Council (MMC) , Myanmar Nurse and Midwife Council (MNMC) and some other authorized personnel as early as in 2014 2. Information sharing session at regular BNSc/MNSc Students’ field visit programs to MNMC Office in the areas of Nursing management and Community Health Programmes 3. According to the ASEAN MRA requirements; <ul style="list-style-type: none"> • The existing Law was reviewed and revised as MNMC Law, to be updated and in line with MRA, and it has been approved by the government in May, 2015 • This newly revised MNMC Law includes some sessions regarding foreign nurses, particularly on temporary registration and temporary licensing which may facilitate mobility of ASEAN nurses among AMS • Code of Ethics and Professional Conduct have been reviewed and revised • National Core Competency Standards for MNMC registered Nurse and Midwives were reviewed and revised. These final drafts were submitted to the MOH for approval • The CPD/CNE points will be used for relicensing process in near future • 3-day programme on “Key Stake-holders Review Meeting on Draft Guidelines of Accreditation for Nursing and Midwifery Education” was conducted as a collaborative activity with the Ministry of Health (DHPRDM) and UNFPA funded. (12th – 14th October,2015) ; The final version is prepared with the technical support of an expert in international accreditation from Jhpiego; an affiliation of Johns Hopkins University. It will be submitted to the MOH for further suggestion and approval • Two-day “Awareness Promotion and Dissemination Workshop on MNMC New Law, revised Code of Ethics and Professional Conduct for Myanmar Registered Nurses and Midwives” was conducted on 16th-17th December, 2015 (for National Level Key Stake-holders as a primary initial step)

4-2. NCGM 看護職の関わり

この中で NCGM 看護職がかかわってきた JICA プロジェクトを通じた活動の成果が報告されている。

❏ カンボジア (5,9,15)

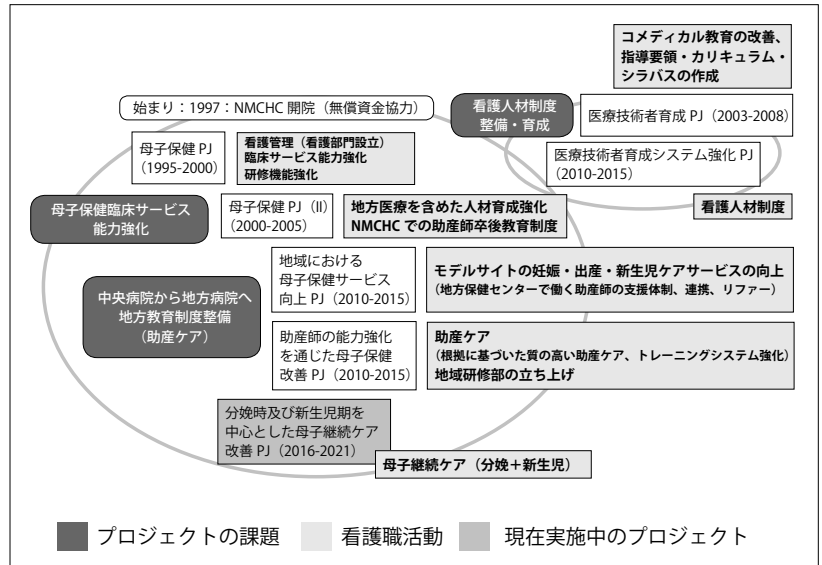
カンボジアでは、主に JICA プロジェクトとして、母子保健、保健人材育成の 2 分野でプロジェクトが実施されてきた。1970 年代に始まった紛争と政治混乱の中で医師や看護師が虐殺され、医療従事者の不足が問題となっている中、保健人材育成の最初のプロジェクトとして、

医療技術者育成プロジェクト（2003 - 2008）が実施された。支援内容としては、プノンベン市内にある国立の医療技術者学校と地方の看護・助産学校で、看護師・臨床検査技師・放射線技師・理学療法士の教育改善のため、指導要領・カリキュラム・シラバスの作成や研修の実施などであった。その後、医療技術者育成支援強化プロジェクト（2010-2015）が開始され、国家試験制度導入や法制度整備支援を行った。同時に、看護職自らが専門職としての意識を持ち制度をせるリーダー的人材の育成を目指し、タイでの学士取得支援を実施した（第4章参照）。この活動は表7.2の3, 4, 5に寄与していたと考えられる。しかし、その後は、他ドナーの支援を通じてカンボジア独自で継続している。

❑ **ラオス (3, 8, 13, 16)**

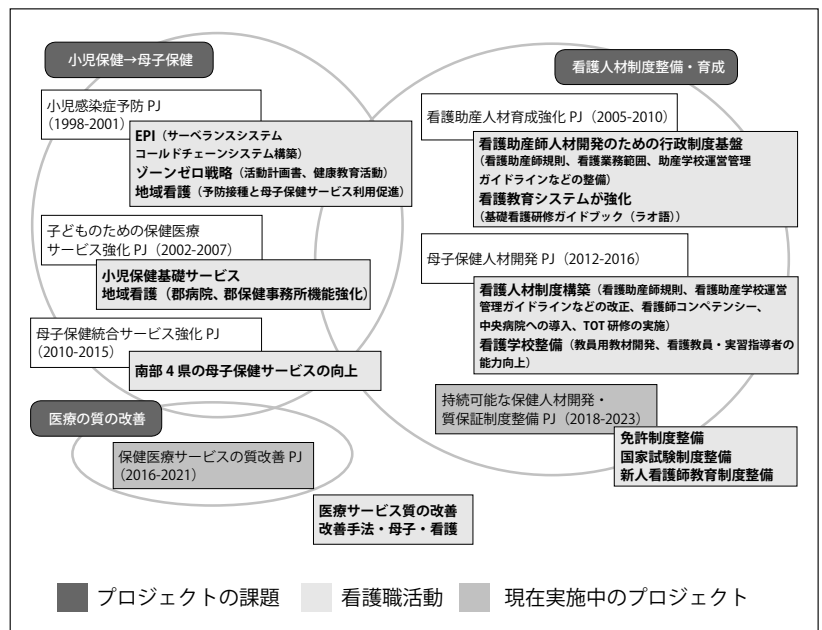
ラオスでの活動は、予防接種から小児保健、母子保健への移行した事業と看護助産人材育成事業の2つの柱がある。その中の看護助産人材育成事業に関しては、看護/助産の人材開発のための基盤が改善され、看護教育体制が強化されることを目標として、看護助産人材育成強化プロジェクト（2005-2010）が実施された。このプロジェクトを通じて看護/助産行政機能が強化され、看護助産規則、看護業務範囲ガイドライン、学校管理ガイドライン、助産業務範囲ガイドラインが定められ施行された。そのほとんどがMRAに関連している活動と言え、表7.2ラオスの1, 2の部分を担当したものと言える。その後2012年から2016年まで実施されたプロジェクトではCHIPUコンセプト（Complex Hospital Institute Project University）に基づき、均質で質の高いサービスを提供するための保健人材育成システムの強化を目指して、看護コンピテンシーの作成、看護業務範囲ガイドラインや短大以下保健専門職養成校管理ガイドラインの改訂が行われた。また、看護卒前教育強化として看護コンピテンシーに基づく質の高い看護教育を実践すべく、看護カリキュラムとシラバスの開発を支援した。一方、看護サービス・看護実践能力強化としてモデル看護実践は「看護業務範囲ガイドライン」に基づいた、プロフェッショナルナースとして行う標準看護ケア」として、マホ

図7.1 カンボジアにおける看護職のプロジェクト活動内容



(筆者作成)

図7.2 ラオスにおける看護職のプロジェクト活動内容



(筆者作成)

ソット病院に設定したモデル病棟で構築し、実践された。この活動は表 7.2 の 3 の一部分と 4 に寄与している。また、表 7.2 の 5 に記載されている保健専門職免許登録制度戦略 2016-2025 の作成を支援しており、今後の国家試験制度導入に関しての方向性を示している。ラオスにおける活動の多くは MRA の実現に貢献すべく実施されたと言える。

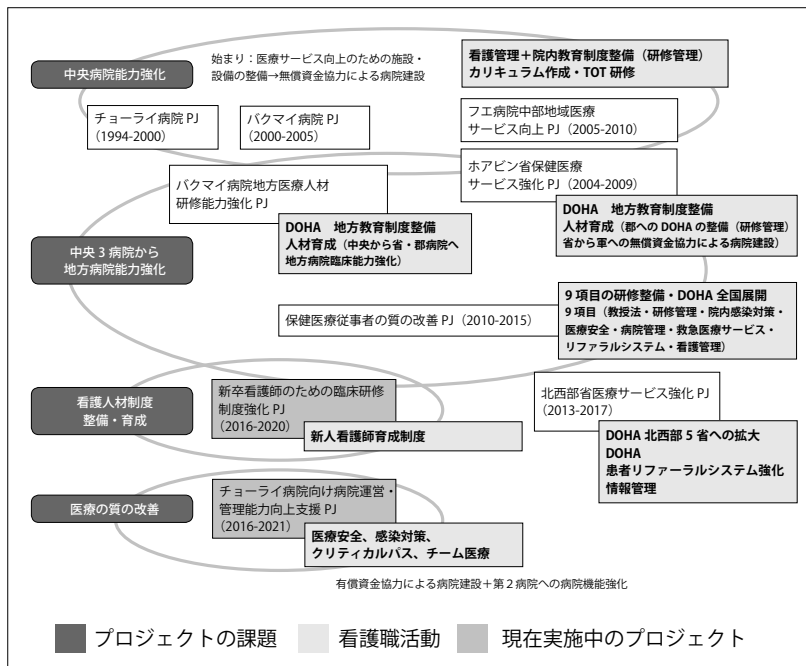
❑ ベトナム (3,4,17-21)

ベトナムの JICA 案件においては、無償資金協力による病院建設および病院プロジェクトが南部、北部、中部のそれぞれで実施された（南部チョーライ病院（1994-2000）、北部バクマイ病院（2000-2005）、中部フエ病院（2005-2010））。これら案件の中で、看護職は主に看護管理、院内教育強化を実施した。その後、中央病院協力から地方人材の強化を目指し、中央病院による地方病院を対象とした研修の実施や受け入れ体制の整備を支援した。この研修体制を DOHA（Direction of Health care activity）と呼び、北部北西部を中心にプロジェクトを通じて強化された（バクマイ病院（2006-2009）、ホアビン省保健医療サービス強化（2004-2009）、北西部省医療サービス強化（2013-2017）、保健医療従事者の質の改善（2010-2015））。加えて DOHA システム整備、教育カリキュラムの作成、実施支援、レファラルシステムの構築事業なども実施された。これらの活動は、ベトナムの医師看護師を対象とした卒業後継続教育（DOHA）体制の実施と強化を図ったものであり、特段 MRA に着眼していたわけではなかった。しかし結果的に、MRA で求められる免許更新の導入が期待されるまでに至っている。2016 年から実施されている新卒看護師のための臨床研修制度強化プロジェクト（2016-2020）は学校卒業後の看護師の臨床研修実施が免許取得の要件として義務化されたため、MRA を見すえた対策の支援となっている。

❑ ミャンマー (22,23)

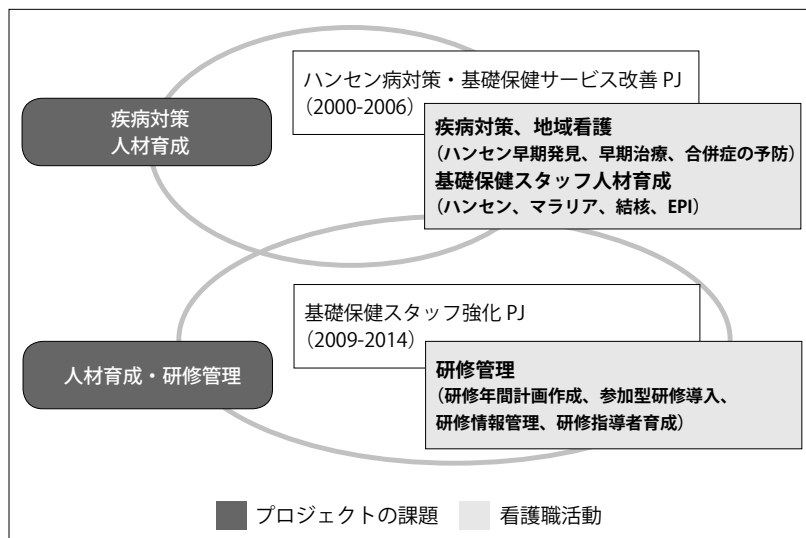
ミャンマーの看護制度は 19 世紀の英国領の影響もあり、看護制度に関しても英国の制度を基に他の 3 カ国に比べ早くから整備されていた。1990 年に制定された看護師助産師法のなかで、国家試験基準、免許・登録制度、看護教育制度を規定している。1992 年に同法により看護助産評議会が設立され、1995 年から免許の交付が行われている。NCGM のミャンマーへの協力はハンセン病対

図 7.3 ベトナムにおける看護職のプロジェクト活動内容



(筆者作成)

図 7.4 ミャンマーにおける看護職のプロジェクト活動内容



(筆者作成)

策・基礎保健サービス改善プロジェクト（2000 - 2006）を通じて、ハンセン病対策に加え、感染症対策に EPI、結核、マラリア対策を含めた基礎保健サービススタッフへの研修制度の導入が実施された。その後は、基礎保健スタッフ強化プロジェクト（2009 - 2014）により、前プロジェクトで構築された基礎保健スタッフ（タウンシップ病院の地域保健を担う准医師、看護師、助産師、公衆衛生スタッフ）への研修をより効果的に実施するための研修制度の導入を行った。これらはミャンマー政府の MRA への取り組みが始まる前でもあり、MRA 実現に向けた制度整備を直接意図したものではなかった。

5. カンボジア、ラオス、ベトナム、ミャンマーを中心とした ASEAN 域内多国間協働事業

2011 年以降は、上記のような JICA プロジェクトを通じた 2 国間協力のみならず、多様な財源を活用して以下のような多国間協働事業を実施している。

5-1. アセアン看護助産ワークショップ（2011-2013 年度）

国連ミレニアム開発目標に感染症や母子保健対策の強化が保健医療の重要課題に掲げられ、その達成とその後の目標を念頭に、看護職に期待される役割は益々拡大しつつあった。一方、開発途上国の看護サービスはその質と量において、人々の期待に十分に答えているとは言い難く、看護サービス向上のため看護人材制度整備は重要な課題であった。さらに、2006 年に ASEAN 加盟国で看護資格の相互承認協定が締結され、看護師の国際間移動が可能となった。各国では国際間移動基準を満たすべく、法令の制定や資格免許制度の構築等、制度整備を進める必要がある。このような背景のもと、国レベルの活動やノウハウを共有することを目的に、カンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナムの看護行政官を招き、2011 年から 3 年間にわたって「アセアン看護助産ワークショップ」を開催した。3 年目は国際会議（Prince Mahidol Award Conference 2014）のサイドイベントとして実施し、アジア、アフリカなど他地域からの参加もあり学びの場として活用された。（表 7.3）

表 7.3 アセアン看護助産ワークショップ概要（24-26）

実施時期	テーマ	開催場所	参加国
第 1 回 2011 年 7 月 1 日	看護職に関する法制度の 現状・法制度整備の アプローチ	NCGM	CLMV
第 2 回 2012 年 10 月 25-26 日	看護職の資格認定・ 登録制度	NCGM	CLMV
第 3 回 2014 年 1 月 27 日	継続教育	Thailand	CLMV+ タイ、 フィジー、 インドネシア

C : Cambodia, L : Laos, M : Myanmar, V : Vietnam

5-2. 厚生労働省医療技術等国際展開推進事業

行政、看護教育機関、実習病院間の連携強化のための研修事業（2015-2017 年度）

各国間での共通課題や進捗状況の共有をすることを目的として実施した「アセアン看護助産ワークショップ」を通して、各国の法制度の現状や資格認定・登録制度・継続教育の現状と制度実施にむけた課題が明らかになってきた。最終的な目標である看護の質の向上に向けた課題の一つが教育と看護実践の場の連携、教育と実践に関わる指導者の能力強化であった。病院および看護大学校を有し、行政機関と近い関係にある NCGM の強みを活かして、各国の看護の質を向上させていくために、行政、看護教育機関、実習病院間の連携強化、実習指導者の能力強化を目指した以下の事業を 2015 年より 3 年間実施した。表 7.4 に示す事業目的・内容に沿って日本での研修受け入れと現地での研修後のフォローアップを目的としたワークショップを実施した。財源は厚生労働省医療技術等国際展開推進事業を活用している。

表 7.4 厚生労働省医療技術等国際展開推進事業の概要 (11, 12)

年度	事業目的 (内容)	対象国
2015 年度	看護教育の質の確保・向上を目指した看護助産人材育成強化 (看護教育制度、法規と看護教育、保健師助産師看護師学校養成所指定規則の運用、実習病院の役割と取組み、職能団体の役割等)	CLMV
2016 年度	看護臨床実習指導者能力強化と施設間連携強化 (法律、要綱、ガイドライン等に基づく看護臨床実習体制と各関係機関の役割、行政・看護教育機関・医療機関の3者間の連携・調整と実際、病院での実際の臨床実習)	CLM、バングラデシュ
2017 年度	看護臨床指導者能力強化 (実習指導体制とその役割、理論と実践を結びつけて理解できる能力を養うための指導方法)	CL

6. 今後の課題

過去 25 年の看護師が関わる案件や活動を振り返ると上記の変遷が見られた。しかし、看護の質向上のための看護人材制度整備に向けた、今後の課題として以下の点が挙げられる。

i. 指導者能力強化 (指導者の考え方の改革)

各国それぞれのペースで、看護助産人材開発のための行政制度基盤整備が進んできている。その中で、コンペテンシーに含まれる看護技術的な部分は各国ともに実施できているが、看護的視点 (技術の実施理由や、実施後のアセスメントを含む看護過程の展開に必要な思考過程) を持った上での看護技術の提供は十分とは言えない。また、病院では、看護アセスメントや看護過程の実践した記録が残っていない場合が多い。学生は看護過程を学んでいるが、それが病院での実施に結びついていないのが現状である。今後の看護の質向上を目指していく中で、病院指導者は看護的視点を持って看護ができるような指導が必要であり、そのための指導者の能力強化や看護過程の展開が実践し活用されるための環境整備が必要である。

ii. 看護教育施設 (看護学校、大学)・実習病院との連携

これまで看護教育施設に対するカリキュラム整備、機材・教材整備、教員の能力強化、病院に対する実習管理能力強化、指導能力強化のための活動を実施してきた。しかし、各教育施設・病院への支援だけでは、看護教育施設と実習病院との連携には発展せず、各施設内での改善にとどまっている。看護学生の実習の場が、教育の場ではなく、不足する看護師 (労働力) の単なる補充という状況に終わってはならない。今後の課題としては、看護教育施設・実習病院と連携して、実習内容の共有や学生の評価実施体制が必要でその体制整備が挙げられる。

iii. 国際基準を満たすための組織能力強化

アセアン各国では国際基準を満たすための看護師の能力強化に向けた制度作りが 2006 年以降急速に進んでおり、各国の政策や開発パートナーの実施計画・内容に大きな影響を与えている。このような国際看護師教会 (International Council of Nurses : 以下 ICN) や東南アジア諸国連合 (Association of South - East Asian Nations ; ASEAN) が求める国際基準を満たすためには看護師能力強化をけん引する組織の強化、つまり各国レベルでは看護カウンスルや看護職能団体 (看護協会)、保健省看護課等の担当部署の組織能力強化も課題となる。

iv. 看護師と家族の役割

看護師のコンペテンシー、業務範囲は ICN による国際基準を基に各国で作られている。これらが実務に反映されない理由として「看護師が足りない」「家族がやるからやらなくて良い」という声が多く聞かれる。日本の保助看法では看護師の役割を「傷病者若しくはじよく婦（褥婦（じよくふ））に対する療養上の世話、又は診療の補助を行うことを業とする者」としており、療養上の世話も多くの業務を占めている。しかし、東南アジア地域では、診療の補助業務が多く、療養上の世話の部分は家族がいるからという点で看護師も家族に任せきりでいることもある。一方、家族の絆は強いため、家族総出で食事から清潔ケアまで家族がしてことが多く、家族の在り方を考えさせられる場面である。その点がいいかどうかの判断は難しいところではあるが、今後、高齢化が進み、病床数が不足することが想定されるなか、その国の社会・文化的な背景に応じて、家族を巻き込んだ看護の在り方を含めた看護師の業務範囲を整理する必要もあると思われる。また、それをどのように病院へ導入し、実施していくかも課題になるとと思われる。

最後に、近年、看護の質を含む医療の質への関心が高まっている。診療報酬制度の導入が、院内感染対策や患者安全に対する意識の変革、および看護過程の導入に貢献している。例えば、「医療安全対策加算」、「感染防止対策加算」が診療報酬として導入されたことにより、医療安全対策部門の設置と関連対策の広がりにつながった。また、「入院基本料」には入院診療計画・総合的な診療計画を医師、看護師等が共同で策定し、患者に対し文書により説明することが義務づけられているため、看護過程の導入に貢献している。各国で UHC 達成を目指し保険制度の整備が進む中、制度設計の中に医療の質改善につながる要素を入れる（医療の質に係る看護行為と診療報酬をリンクさせる等）ことが望ましく、看護を含め医療制度全体を見つ協力していく必要があると考える。

【参考文献】

- (1) 国際医療協力局 . 国際医療協力局とは . 国立国際医療研究センター ; 2017 [cited 2018 10 月 2 日]; Available from: kyokuhp.ncgm.go.jp/org/about/index.html.
- (2) JICA. サンタクルス県地域保健ネットワーク強化プロジェクト . 2006 [cited 2018 25 October]; Available from: <http://gwweb.jica.go.jp/km/ProjDoc306.nsf/VIEWJCSearchX/7AEDDB68CCD51D4F4925710E00212467?OpenDocument&pv=VW02040107&pid=7370E4A095DE71DA492575D10035A0C9>.
- (3) 外務省 . 国別援助実績 1991 年～ 1998 年の実績 (1999 年版 ODA 白書下巻より) . 1999 [cited 2018 年 10 月 2 日]; Available from: https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/jisseki/kuni/j_99/frame3.htm.
- (4) JICA. ホアビン省保健医療サービス強化プロジェクト ホームページ . 2009 [cited 2018 年 10 月 2 日]; Available from: <https://www.jica.go.jp/project/vietnam/0601703/index.html>.
- (5) 国際医療協力局 . カンボジアの母子保健 . 国立国際医療研究センター , 2015.
- (6) Tamura, T, Sonoda, M, Hashimoto, C, Hashimoto, M, Mochizuki, N, Luu, NB, et al. Current Statues of the legal framework regarding nursing in Lao PDR, Cambodia, Vietnam and Myanmar. 日本国際保健医療学会雑誌 . 2015;30 (2) :87-92.
- (7) 橋本麻由美 , 五十嵐久美子 , 田代順子 , 橋本千代子 . 第 29 回日本国際保健医療学会学術大会合同大会ミニシンポジウム「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—」報告 . 国際保健医療 . 2015;30 (3) :251-63.
- (8) JICA. 看護助産人材育成強化プロジェクト ホームページ . 2015 [cited 2018 年 10 月 2 日]; Available from: <https://www.jica.go.jp/project/laos/0601506/index.html>.
- (9) JICA カンボジア医療人材育成システム強化プロジェクト . JICA カンボジア医療人材育成システム強化プロジェクト終了時報告書 . 2015.
- (10) 田村やよひ . 国際看護学 : メヂカルフレンド社 ; 2012.
- (11) 国際医療協力局 . 国際展開推進事業 2016 年報告書 . 国立国際医療研究センター , 2016.
- (12) 国際医療協力局 . 国際展開推進事業 2017 年報告書 . 国立国際医療研究センター 2017.
- (13) JICA ラオス人民民主共和国母子保健人材開発プロジェクト . JICA ラオス人民民主共和国母子保健人材開発プロジェクト終了時評価報告書 . 2016.
- (14) AJCCN. AJCCN Achievements (2007-2015) . 2016.
- (15) JICA. 医療技術者育成プロジェクト プロジェクト紹介 . 2008 [cited 2018 年 10 月 2 日]; Available from: <https://www.jica.go.jp/oda/project/0601311/index.html>.
- (16) 国際医療協力局 . ラオスの保健セクターレビュー . 国立国際医療研究センター , 2012.
- (17) JICA. 中部地域医療サービス向上プロジェクト ホームページ . 2010 [cited 2018 年 10 月 2 日]; Available from: <https://www.jica.go.jp/project/vietnam/0601704/index.html>.
- (18) JICA. バクマイ病院プロジェクト プロジェクト紹介 . 2005 [cited 2018 年 10 月 2 日]; Available from: <https://www.jica.go.jp/oda/project/0601683/index.html>.
- (19) JICA. 北西部省医療サービス強化プロジェクト ホームページ . 2017 [cited 2018 年 10 月 2 日]; Available from: <https://www.jica.go.jp/project/vietnam/022/index.html>.

- (20) JICA. ベトナム新卒看護師のための臨床研修制度強化プロジェクト ホームページ . 2018 [cited 2018 年 10 月 2 日]; Available from: <https://www.jica.go.jp/project/vietnam/038/index.html>.
- (21) 経済産業省 . 新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報 . 2018.
- (22) JICA. ハンセン病対策・基礎保健サービス改善プロジェクト ホームページ . 2006 [cited 2018 年 10 月 2 日]; Available from: <https://www.jica.go.jp/oda/project/0601824/index.html>.
- (23) JICA. 基礎保健サービススタッフ強化プロジェクト ホームページ . 2014 [cited 2018 年 10 月 2 日]; Available from: <https://www.jica.go.jp/project/myanmar/0601879/index.html>.
- (24) 国際医療協力局 . 東南アジア看護助産ワークショップ報告書 . 国立国際医療研究センター 2011.
- (25) 国際医療協力局 . 東南アジア看護助産ワークショップ報告書 . 国立国際医療研究センター , 2012.
- (26) 国際医療協力局 . 東南アジア看護助産ワークショップ報告書 . 国立国際医療研究センター 2013.

テクニカル・レポート vol.11
カンボジア・ラオス・ベトナム・ミャンマーにおける
看護人材開発制度と ASEAN における相互認証協定 (MRA)

執筆者

山田 順子	国立国際医療研究センター グローバルヘルス政策研究センター 早稲田大学大学院アジア太平洋研究科
勝間 靖	国立国際医療研究センター グローバルヘルス政策研究センター 早稲田大学大学院アジア太平洋研究科
藤田 則子	国立国際医療研究センター 国際医療協力局
虎頭 恭子	東京大学大学院医学系研究科 国際地域保健学教室 (特活) シェア = 国際保健協力市民の会
松岡 貞利	国立国際医療研究センター 国際医療協力局
五十嵐 恵	国立国際医療研究センター 国際医療協力局
深谷 果林	国立国際医療研究センター 国際医療協力局
安田 直史	近畿大学 社会連携推進センター
橋本 麻由美	聖路加国際大学大学院 看護学研究科
橋本 千代子	国立国際医療研究センター 国際医療協力局

発行

2018年11月

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター
国際医療協力局

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

Tel: 03-3202-7181

Fax: 03-3205-7860

email: info@it.ncgm.go.jp

www.ncgm.go.jp

このテクニカル・レポートは厚生労働省国際医療研究開発費 29 指 4「ASEAN 域内相互承認がベトナム・ミャンマー・カンボジア・ラオスの看護人材政策に与えた影響に関する研究」の研究成果、および独立行政法人国際協力機構 (JICA) 事業を通じて得られた情報・知見をもとに作成された。

Technical Report



National Center for
Global Health and Medicine, Japan
Bureau of International Health Cooperation



9784909675552