

海外で活動する  
医療従事者たち

第 1 回

国立国際医療研究センター  
看護職における国際協力

橋本千代子 Hashimoto Chiyoko

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人材開発部研修課長

## はじめに

皆さんは、保健医療における国際協力というどのようなことを想像するでしょうか？ 開発途上国で医療が届かない人々のための診療、災害時に駆けつける緊急援助を思い浮かべる読者が多いのではないのでしょうか。しかし、多くは国の公的資金である政府開発援助(official development assistance ; ODA)を使って国家間で国際協力が実施されています。

その実施機関として国際協力を主に活動している機関が国立研究開発法人国立国際医療研究センター(national center for global health and medicine ; NCGM)国際医療協力局です。

## 看護職と国際協力

1979(昭和54)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が初めて医師を派遣し、1986(昭和61)年10月に、正式に「国際医療協力部」が発足しました。当時は医師5名、事務職2名のわずか7名でした。

看護職(保健師・助産師・看護師)が配置されるように

小児看護, 42(6): 755-758, 2019.

なったのは1993(平成5)年からです。2010(平成22)年には独立行政法人となり、2015(平成27)年には国立研究開発法人国立国際医療研究センターに改称され、現在に至ります。2018(平成30)年6月現在、医療職は医師32名、看護職13名、歯科医師・薬剤師・検査技師各1名が配置されています。看護職が配置されて25年が経過しており、その間、延べ50名の看護師が国際協力に携わってきています。

国際医療協力局の医療職は、各国での専門家活動、国内では各国からの医療職に向けた研修の実施、また、国際協力を目指す日本人の育成を行い、年間合計400~600名程度受け入れています。また、協力活動の経験や知見を日本や各国の政策に反映させるための研究活動を実施しています。

## どこの国で？

看護職における各国での専門家派遣件数は1988(昭和63)年からの30年間で698件(全体4,495件)あり、派遣国数は57カ国です。アジアが74%を占めています。1980年代から継続的に技術協力プロジェクト\*1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くなっ

# SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

世界を変えるための17の目標



左記の目標3「すべての人に健康と福祉を」に含まれる9つのターゲット

1. 妊産婦死亡削減
2. 新生児死亡削減
3. 感染症対策
4. 非感染性疾患・精神保健
5. 薬物・アルコールの乱用防止
6. 交通事故による死亡半減
7. 性と生殖保健
8. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)
9. 有害化学物質・環境汚染の健康被害減少

図1 持続可能な開発目標：17の目標

ています。以前は中南米諸国のプロジェクトもありましたが、経済状況の改善とともに2005(平成17)年ころより減少し、現在は東南アジア、アフリカ地域が中心です。

本連載の第1回として、世界の流れのなかで、過去30年間で活動がどのように変化してきたかを説明したいと思います。

\*1：技術協カプロジェクトは、国際協力機構(japan international cooperation agency；JICA)で、専門家の派遣、研修員の受け入れ、機材の供与という3つの協力手段(協カツール)を組み合わせ、一つのプロジェクトとして一定の期間に実施される事業です。

## 世界で必要なことは？

難民キャンプへの緊急医療援助以降、NCGMの協力はODAで建設された開発途上国の病院へ医療従事者(医師、看護師)の派遣が中心でした(1990年代)。その後、国連が2000年9月、国連ミレニアム・サミットにて21世紀の国際社会の目標として、より安全で豊かな世界づくりへの協力を約束する「国連ミレニアム宣言」の下、ミレニアム開発目標(millennium development goals；MDGs)という開発分野における国際社会共通の目標が立てられ、2000～2015年まで国際協カもこの目標に沿った形で実施されていました。とくに保健分野では、乳幼児死亡率の

削減、妊産婦の健康の改善、HIV/エイズ・マラリア・そのほかの疾病の蔓延防止があげられており、母子保健や感染症対策が中心として実施されていました。

その後、2015年9月に「持続可能な開発のための2030アジェンダ」が国連サミットで採択され、2016～2030年までの国際目標「持続可能な開発目標」(sustainable development goals；SDGs)に移行しています。持続可能な世界を実現するための17の目標(図1)・169のターゲットから構成され、地球上の誰一人として取り残さない(leave no one behind)ことを誓っています。SDGsは発展途上国のみでの目標ではなく、先進国の目標でもあり、ユニバーサル(普遍的)なものです。現在はこの目標に沿った国際協カが実施されています。

このなかで保健医療にかかわる目標は3の「すべての人に健康と福祉を」に含まれており、「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」としています。そのなかで注目すべき点は、すべての人が負担可能な費用で基礎的な保健サービスを利用できる「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)」の達成がターゲットの一つとして盛り込まれたことです。UHCの達成によって、誰一人取り残されることなく、必要なときに医療を受ける

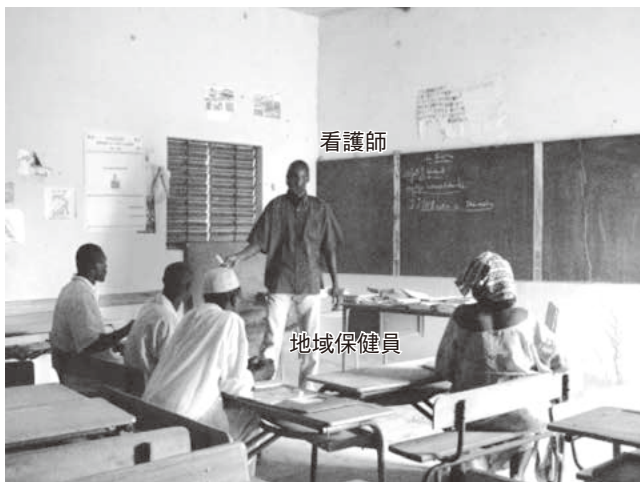


写真1 セネガル保健人材開発促進プロジェクト(2001~2005)での地域保健員への研修



写真2 ラオス母子保健人材開発プロジェクト(2012~2016年)マホソット病院での看護師の実践能力向上の取り組み

ことができ、健康に生きられる社会を目指しています。SDGsは、すべての国のすべての人を対象にしているため、さまざまな課題が取り上げられています。例えば、不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒などを要因とする生活習慣病である非感染性疾患はじめ、交通事故死、薬物乱用やたばこ、自殺、精神疾患などの課題は、SDGs時代のグローバルヘルスが国際社会の知見を結集して解決に向けて取り組まなければならないものです。同時に、現代の先進国に暮らす私たち一人ひとりにとっても密接な課題が含まれています。そのため、国際協力の分野でも母子保健や感染症対策も継続して実施し、そのほかに新しくUHCや生活習慣病や精神疾患などのプロジェクトもみられるようになってきています。

### 看護職はそのなかで何をしているの？

看護職のかかわりとして現在はSDGsに含まれる課題をプロジェクトで実施していますが、課題を実施するために看護職の質の向上を目指した活動に徐々に移行してきています。

#### 第1段階(1980~1990年代)

##### 看護管理・院内教育強化

看護職の活動の初期の段階では日本政府のODA事業が進み、アジア、南米、中東で無償資金協力(日本のODA

援助)による病院の建設が始まり、病院管理プロジェクトが開始されました。そのなかで看護職は看護管理の強化を行うため、看護部を設立し、院内教育体制の整備など、看護部が自律的な運営を行えるような働きかけを行う活動を実施しました。

#### 第2段階(1990年代後半~2000年代前半)

##### 病院から地域へ=地方行政への支援

MDGsに基づいて感染症対策や母子保健対策にかかわる活動が増加していた時期です。母子保健や感染症の強化のためには地域に住む人たちの健康を改善していく必要があります。しかし、現状では地域で働く医療人材の不足が問題となっており、セネガルでは各村に地域保健員やマトロン(分娩介助者)の育成などの活動を実施しました(写真1)。

#### 第3段階(2000年代後半~2015年ごろ)

##### 地方行政から国レベルの看護人材制度整備へ

病院プロジェクトから地域の保健医療と変遷した後、その効果を国全体へ波及していくためには、国の法律や制度を整備していく必要性が出てきました。地方行政から国レベルの看護人材制度整備が始まり、とくにASEAN地域では2006年にはMRA(相互認証協定)が導入され、資格相互認証に向けた準備が国レベルで開始されました。これは



写真3 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(2016~2020年)指導者養成研修

ASEAN 加盟国内の看護師が、自国内のみならず、加盟国内で働くことができることを選択できる制度です。しかし、現実には看護師のバックグラウンド(教育内容、教育年数、国家資格の有無)が異なっていました。そのため、カンボジア、ラオスでは人材の質担保を目的とした資格・免許制度づくりが急務の課題となりました(写真2)。具体的には、3年生制教育カリキュラムの整備、国家試験制度の整備、看護師のコンピ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す。しかし、この時期には、制度整備はされてきましたが、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くみられました。

#### 第4段階(2015年以降)

##### 看護人材制度整備づくりから実践へ

この時期は、できあがった看護人材制度を動かすための制度づくりや人材育成が急務でした。その理由として、制度を動かすことのできるリーダーが国、地方行政、病院レベルにおいて不足しているからです。そこで看護人材の指導者やリーダー人材の育成が重要視され、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きました。ベトナムでは新卒看護師のための卒後研修制度整備を実施し、そのための指導者の育成を実施しています(写真3)。一方では、経済状況の改善と健康保険制度整備が進み、医

療水準の向上がみられてきているようになってきています。医療の質や安全に対する社会的な要求は高まり、世界保健機関(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ています。2015年ころからは看護人材の免許資格制度整備が進むなか、医療水準の向上を目指して、その制度を実際の医療施設で実施していくために各施設への導入の試みを行っています。

このように時代とともに看護職の活動は変化してきましたが、いつの時代も活動目的は人材育成であり、現地の人と一緒に各課題における制度整備や研修制度をつくり、研修を実施し、その後各課題の実施状況を調査・評価しています。

### 海外での看護の課題は

看護職はどの国でも医療職のなかで最大の人数を有しており、医療の状況の改善には看護職の質を向上することが重要とされています。

各国それぞれのペースで、看護職のための行政制度基盤整備が進んでおり、看護師のコンピテンシー、業務範囲は国際看護師協会(International Council of Nurses ; ICN)の国際基準を基に各国でつくられています。しかし、テクニカルな部分(看護技術)は各国ともに実施できていますが、科学的根拠に基づく医療(evidence-based medicine ; EBM)による看護サービスの提供はまだ十分とはいえない状況です。今後の看護の質向上を目指していくなかで、指導者はEBMに基づく指導が必要であり、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となっています。

もう一つの課題として、東南アジア諸国の看護業務は日本とは異なり、診療補助が多く、療養上の世話(食事、清潔ケアなど)は家族に委ねられていることが多くみられます。また、家族の絆が強いことが特徴です。その国の社会・文化的な背景に応じて、家族と共に考える看護のあり方を含めた看護師の業務範囲を整理する必要があると思われます。また、それをどのように病院へ導入し、実施していくかが課題になると考えます。

今回は、看護職における国際協力の流れを説明してきましたが、次回からは主に、各国での海外での活動や生活、現地の状況を詳細に紹介していきたいと思えます。