

## ガーナの保健医療従事者を対象とした現職研修システムの確立 —その成果の背景分析と今後の日本の援助のあり方—

秋葉 敏夫

Establishment of In-Service Training System for Health Workers in Ghana  
-Analysis of the project achievement and its backgrounds towards the better Japanese aid policy-

Toshio AKIBA

### Abstract

The Japan International Cooperation Agency (JICA)-funded project described in this paper, namely "Health In-service Training (HIST) Project", was aimed at the development of healthcare human resources through developing, introducing, and operating "In-Service Training (IST) system", which enables the efficiency of the IST for health workers in Ghana to improve. The Project successfully completed in 2003 (JICA support is still on going) and its impact is now expanding not only to inside of Ghana but also other African countries. This paper analyzes reasons why the HIST project has been able to achieve successful outcome in view from the background of Ghanaian and Japanese sides as well as technical aspects. The analysis revealed that 1) the needs of Ghanaian Government and the Japanese Government readiness for assistance were well matched, 2) the strong intention of Ghanaian government for human development encouraged the Project, 3) recognition of the importance of system development motivated the Project implementation, and 4) relevant techniques were employed for the system development. The direction of Japanese aid policy is also discussed, especially putting the emphasis on the system development assistance for developing countries.

**Key words :** JICA project, Ghana, system development, in-service training, aid policy

**キーワード :** 国際協力機構、ガーナ、システム開発、現職研修、援助政策

### はじめに

保健医療従事者に対する現職研修は、「保健医療従事者が現場にしながら、保健医療サービスを提供していく上で必要な新たな知識・技術・モラルを習得する研修」と定義される<sup>1)</sup>。日進月歩の保健医療技術、めまぐるしく変化する疾病構造、保健医療制度の改革などにより、保健医療従事者は現職研修を通して、常に新しい技術や知識を習得していかなければならない。その重要性からガー

ナ政府、援助機関、NGOなどが現職研修に対して多大な投資してきたが、①現職研修に関する情報の欠損、②計画性が不十分な研修 ③標準化されていない内容、④研修機会の不均等な配分、⑤必ずしもニーズにそぐわない研修などの理由により、十分な成果を挙げていない。この状況を改善するために日本の援助機関である国際協力機構 (JICA) はプロジェクトを実施した (1999年—2003年)。本プロジェクトの目的は途上国に例のない国家レベルの「現職研修システム」の開発と普及であった。

プロジェクトは紆余屈曲をへながらも終了時には期待通りの成果をあげ、システム開発成功のインパクトはガーナのみならず他のアフリカ諸国にも広がりつつある。その詳細については既に報告がなされているが<sup>2)</sup>、本稿ではガーナという国でなぜそのような成果をあげることができたのかについて分析し、さらに今後の日本の援助方針のあり方についても考察してみたい。

### 開発されたシステムコンポーネントと これまでのプロジェクトの成果

#### 1. システムコンポーネント

本プロジェクトの目的は、保健医療分野での人材養成を効率的に進める「現職研修システム」を開発し、普及させることであった。5年という限られたプロジェクト期間、利用可能な資金、人材を勘案し、

- 1) 現職研修公式分類
- 2) 現職研修情報システム
- 3) 現職研修手帳
- 4) モニタリングシステム

以上4つのシステムコンポーネント開発、普及に集中してプロジェクトを展開した。それぞれのコンポーネントについての説明とこれまでの成果を記載してみたい。

##### 1) 現職研修公式分類

ガーナでは保健医療従事者に対する現職研修はさまざまなタイトルをつけて実施される。これを分類、コード化し、人々が「どんな」現職研修を受けているかを整理するのが「現職研修公式分類」である。3分野（公衆衛生、臨床、マネジメント）に分かれ、全部で27コース、各コースに4-10のコンテンツが含まれる。この分類方式は現職研修にかかわるデータベースに土台を置く「現職研修システム」の根幹を成すものである。約3年をかけて完成することができた。さらにこれは研修コースの分類にとどまらず、ガーナで行われるべき現職研修の枠組みを示す指針として位置づけられ、現職研修のカリキュラム開発やテキスト作成の基礎にもなる重要なツールになっている。

##### 2) 現職研修情報システム

「誰が」、「どこで」、「いつ」、「どんな」研修を「どのように」受けたかをコンピュータ化されたデータベースにするシステムで、その情報を得るために、まず「研修報告用紙」が開発された。現職研修受講者は必ずこの用紙を記載することに義務付けられている。次に「研修報告用紙」から得られたデー

タを処理するプログラムの開発も行われ、これによって研修参加者の選定、実施すべきコースの計画立案、実施の評価が容易になり、現職研修の効率化が進むことになる。また、研修にかかわる財務データも収集、解析ができ、経理マネジメントにも貢献している。

##### 3) 現職研修手帳

ガーナでは保健医療従事者が現職研修を受けても、個人レベルで記録する手段を持たない。したがって自分の研修実績を第三者に証明できないことから、研修を受けても昇進や昇給とは結びつかず、参加者の意識も下がることになる。その改善のためにシステムコンポーネントとして研修手帳が開発された。これは分類方式、情報システムとリンクしており、受講記録がそのまま保健省の公式研修実績証明書となる。研修データの記載のみならず、職場経歴、各職員の身分証明書としても使われ、ガーナ保健省職員すべてが持つべき公式ドキュメントに位置づけられている。

##### 4) モニタリングシステム

情報システムや研修手帳が開発され、導入されても、それが自動的に普及していくわけではない。プロジェクトスタッフやカウンターパートが現場を訪れ、状況をモニタリングし、研修関係者の意識を高め、問題があれば対応していく作業が必要である。その目的のために「現職研修モニタリングシート」が開発された。プロジェクト活動を評価する指標を得るためのデータが収集できるようにデザインされている。これを用いてシステム全体のモニタリングがなされ、問題解決と普及活動がおこなわれている。

#### 2. これまでのプロジェクトの成果

上記システムコンポーネントの開発、普及に5年を費やした。以下に本プロジェクトの主要な成果を記載する。

##### 1) システムの定着

プロジェクトの最大の成果は、4つのシステムコンポーネントがガーナの国家システムとして定着してきたという点である。それぞれがプロジェクト終了の2002年6月までにモデル3州で開発と導入が終了し、次年度のフォローアップの1年の間に全10州へと拡大された。まだ州ごとにデータ回収率などにばらつきがあるが、ガーナ政府はこのシステムを保健省および州保健局の重要なシステムとして使い始

めている。研修手帳の配布も進み、2003年の終了時には59.9%の保健省の保健医療従事者が手帳を持つに至っている。情報システムの成果は「現職研修年次報告書」という形で表れている。2001年度の第1号<sup>3)</sup>、2002年度の第2号<sup>4)</sup>が発行され、保健省、および援助機関の現職研修担当者に配布された。

今までは全国レベルの現職研修に関わる情報に具体的な数値がなかったために、計画立案の際に数値を用いての目標を定めることができなかった。今後は「現職研修システム」によって導き出される数値データを基づく計画立案、評価が可能になり、現職研修を効率的に進める上で、なくてはならないシステムとして定着しはじめている。

## 2) 研修機会の均等化

ガーナではいろいろな機関によって多くの研修が実施されるが、参加機会の不均等という問題がおきていた。ある者は1年に10回以上受講する一方で、過去20年間に一度も参加機会を得ていない職員もいる。これは研修参加者の選択のプロセスが不透明であることに起因する。システム導入後、年次報告書によってモデル3州で大きな変化がおきていることが明らかになった。3州の現職研修の状況2001年と2002年度の年次報告書には記載されているが(他の州は2002年度が始めてのデータ記載)、この2年間のデータを比較すると、2001年において1年に2回以上の研修に参加した研修重複者が、全体の受講者の63%を占め、5回以上も出た人が8.3%にもものぼっていた。ところが2002年では重複者が29%と半減し、5回以上の方は0.9%へと激減している。これは情報システムによって、受講者の選択がデータに基づいて行われるようになり、研修機会の不平等が改善されつつある証といえる。

## 3) カリキュラム開発

「現職研修公式分類」はガーナで行われるべき研修コースおよび内容も規定している。系統立てられた現職研修(Structured In-Service Training)を実施していく上で、分類方式に則ったカリキュラム開発が必要であるが、2001年までにガーナ側が自力で27コース中6つを開発していた。ガーナ側からの強い要望を受けて、プロジェクトはフォローアップの1年の間にカリキュラム開発の支援を行い、これまでに18の現職研修コースのカリキュラム開発が終了している。これによって現職研修の内容が標準化さ

れ、保健医療従事者の技術や知識がどの地域でも一定になり、全国で均一な保健医療サービスの提供がなされることにつながっている。

## 4) 他のアフリカ諸国への普及

国家レベルの「現職研修システム」はどの途上国にも存在していない。それゆえに開発が軌道に乗り始めた頃から他国の関心を集め、エチオピアやナミビアからの見学者の来訪があった。また、プロジェクトに関わった現地スタッフがエジプトや南アフリカで開発中のシステムについてプレゼンテーションを行ってきた。2003年5月にプロジェクトの成果をより拡大するために、開発されたシステムを紹介する目的で、プロジェクトスタッフと人材養成局職員がチームを組んでセネガル、ケニア、タンザニアを訪れて1日ワークショップを実施した。ガーナでの成果がこれらの国々に紹介され、参加者の大いなる関心呼んだ。さらに2004年5月にアフリカ諸国11カ国をガーナに招き、「現職研修システム国際セミナー」を開催し、ガーナでの成果を他の国々に普及させる活動が緒に就いている。

## 本プロジェクト成功の背景分析

先進国から途上国へさまざまな技術援助が行われているが、それが被援助国に有効である(成功した)といえるケースは決して多くない。国連開発計画(United Nations Development Program, UNDP)によれば1992年から1998年までに実施された技術援助の中で、効果があったと判断できるのは全体の35%程度であるという<sup>5)</sup>。JICAによるプロジェクトも病院や研究所の建設、高度の医療機器の援助を行ったあと、十分に生かされないまま瓦礫と化し、世論の批判を浴びたりもした。その状況は徐々に改善しつつはあるが、期待されたほどの効果を挙げていないプロジェクトが少なくないのも事実である。その中で、本プロジェクトは「現職研修システム」という、途上国では初めてのシステムの開発、導入をガーナで行い、大きな成果を挙げたプロジェクトといわれている。その成功の裏に日本、ガーナのどんな背景があったのか、また、とられた方法論についても解析してみたい。

### 1. ガーナ側、日本側の背景

#### 1-1. ガーナに対する世界の期待

ガーナは人口が1840万人<sup>6)</sup>、国土面積が約24万平

方キロ（日本の約2/3）と、アフリカ54カ国の中で人口、面積とも中等度の国である。一人当たりのGNPは\$390（1999）<sup>7)</sup>と、アフリカの中では平均的な数値であるが、世界の低所得国の中では下位に位置している。かつてガーナはゴールドコーストと呼ばれ、金などの鉱物資源に恵まれたアフリカ有数の王国として君臨していた。しかし奴隷貿易やイギリスによる植民地政策の下で搾取の好ターゲットとなり、1957年の独立後も豊かな資源を持つ国でありながら経済の低迷を続けざるを得なかった。ただ、援助国側からガーナの発展の期待は大きいものがある。政治的に比較的安定しており、人的資源もアフリカ諸国の中では豊かである。1980年代に世界銀行、IMFの構造調整政策を率先して受け入れ、一時的ではあるが急速な経済発展したことから、アフリカの優等生とたたえられた。1990年代になって再び経済状況が悪化し、近年、再び世界銀行、IMFからの新たな経済政策（貧困削減政策、重債務貧困国イニシアティブ）を受け入れることになったが、今でもアフリカの優等国としての地位を保っており、日本もアフリカで最も援助しやすい国のひとつとみなしている。

#### 1-2. ガーナの人間開発指標（HDI）

人間開発指数（HDI）は、寿命、教育、一定の生活水準という人間開発の3つの基本的な次元について、その国の平均達成度をしめすものである。HDIは、平均寿命、教育到達度（成人の識字率、および初等、中等、高等教育への就学率）、1人当たり国内総生産（GDP）の3つを変数とする総合指数であり、したがってその国の人間開発の到達度をはかる重要な指標となっている。この数値は毎年、国連開発計画（UNDP）によって発表されている<sup>8)</sup>。2003年度のデータに拠れば、ガーナは一人当たりのGNPはアフリカ44ヶ国中（データがある国のみ）、28番目と中位よりも低い位置にあるが、HDIで見ると44か国中8位と上位を占めている。経済的には決して豊かではないガーナが人間開発の分野で大いに努力していることが窺える順位である。このHDIの数値が1998年から2003年にかけて、わずかずつではあるが改善してきているのも注目すべきであろう。ガーナ政府はその数値を上昇させるために科学技術の普及と人材開発に力を入れている。省庁の基本計画にも常に人材養成がうたわれ、特に保健省では5カ年計画の中に現職研修を通じた人材養成が

高い優先順位を占めていた<sup>9)</sup>。本プロジェクトはそれを具体化するための手段としてガーナ政府から日本に強く要請されたもので、ガーナ側からの強いコミットメントが期待できる状況にあった。

#### 1-3. ガーナ側の「現職研修システム」のニーズの高さ

西アフリカに位置するガーナでは、エイズをはじめとする新興感染症、マラリアや結核、コレラなどの再興感染症が猛威をふるっており、さらに都市部を中心に非感染症も急激に増加を続けている。南部と北部の地域格差も著しく、首都アクラのある南部のグレートアクラ州と北部のノーザン州での5歳未満児の死亡率には2.7倍もの格差がある（62/1000対171/1000）<sup>9)</sup>。また、保健医療従事者の海外流出によるマンパワー不足も深刻である<sup>10)</sup>。このような厳しい状況に対して、限られた人材、予算で対応を迫られガーナ保健省にとって、現職研修によって保健医療従事者のさまざまな分野での能力向上を図っていくのが最も現実的な手段となっている。さらにガーナではさまざまな保健改革（受益者負担制度導入、地方分権化、健康保険制度導入など）が進行中であるが、保健医療従事者の従来の態度や、仕事の進め方を転換させ、効率よく制度改革を進めていくためにも、現職研修を通じた彼らの教育が必須となっている。このガーナの現職研修に対するニーズが、システム開発を大いにバックアップしてくれたといえる。

#### 1-4. ガーナの人材レベルの高さ

ガーナの省庁で働く職員の教育レベルは相当に高い。上級職員はもちろんのこと、中間管理職員の多くが大学を出て、さらにアメリカやイギリスでの教育を受けている。職員が入れ替わっても同程度の能力の人間がそのポストを埋めているが、これはアフリカ諸国でまれなことである。国連事務総長のコフィ・アナンもガーナ人であり、アフリカ連合などの国際機関においてもガーナ人が重要なポストを占めることもあり、アフリカのリーダー的な人物が何人も存在する。これらはガーナの人材のレベル高さを示すものと言える。優秀な人物はどこでも働くことができるがゆえに、海外や民間に流れがちで、給与の比較的低い省庁を退職していく人が多いのも現実である。しかし全体的な公務員のレベルはアフリカの中でまだまだ高い。

プロジェクトとのカウンターパートも保健省の上

級職員がほとんどで、海外で修士の学位を取得している者も多い。したがって日本人専門家もそれなりの教育レベルがないとガーナ側に引きずり回されかねない。幸いにも対等に渡り合える専門家が何人かいたために、はじめのうちはギクシャクした関係が続いたが、後半はよきパートナーとしての信頼関係も築かれ、お互いの能力をフルに発揮してシステムができるようになったのもプロジェクト成功の一因であろう。

#### 1-5. ガーナの政治的安定

1957年にアフリカで最も早く独立したガーナは、エンクルマ大統領の下に大きく発展が進むように見えた。しかし相次ぐ経済政策の失敗の結果、クーデターによって国外追放された以降、1980年代前半までは不安定な政治・経済状態が続いた。少しずつ落ち着きを取り戻してきたのは、1981年にJ.J.ローリングスがクーデターによって政権に就いてからである。彼ははじめは独裁的に大々的な改革を進め、資金面ではIMF、世銀の構造調整を受け入れることによって調達して経済の落ち着きを取り戻した<sup>11)</sup>。国内が安定し始めてきた1992年には複数の政党の下で初めての民主化選挙が実施され、ローリングスが初の選挙で選ばれた大統領として就任している。さらに2000年の選挙では野党のJ.A.コフォーが勝利して大統領に就任したが、大きな混乱もなく政権移譲が行われた。これはガーナの政治的安定を示すものと言えよう。アフリカでは大統領が代わると省庁職員が大幅に入れ替わり、プロジェクト運営に影響を及ぼすことがよくある。ガーナではそれほど大幅な人事異動もなく、継続的に従来のカウンターパートとも活動できたのは、プロジェクトを進めることができたのは大いに有利な点であった。

#### 1-6. ガーナのHIV陽性率の低さ

アフリカ諸国に援助を行う場合、その国のHIV陽性率に注意が必要である。全世界のHIV陽性者は3800万にと見積もられており、そのうちの2500万人(66%)はサブサハラ諸国に存在するといわれている<sup>12)</sup>。特に南部アフリカ諸国では、スワジランドの成人の38.8% HIV陽性を筆頭に、軒並み20%以上である。その結果、教員不足で学校が閉鎖されたり、地方や国の行政官の減少で行政機能が麻痺状態に陥っている国もある。マラウイのプロジェクトで経験したことであるが、日本に研修に出した職員10人の

半分がエイズで死亡し、プロジェクトの継続性に大きなマイナス点をもたらした。職員の確保も難しい脆弱な行政府ではプロジェクトは成果を得にくい状況となってしまう。

ガーナのHIV陽性率はまだ4%代と見積もられており、アフリカ諸国の中ではまだまだ低い状態にある。5%を超えることが大幅に上昇する兆候と言われているため、現在ガーナでは必死の押さえ込み活動が行われている。その結果、まだエイズの大きな惨禍をこうむらずにプロジェクトの実施ができた。保健省職員がエイズでなくなったという話も聞かず、日本へ研修に出したカウンターパートもすべてが存命である。プロジェクトの継続性が保たれている一因にガーナのHIVの陽性率の低さは強調しておくべきである。

#### 1-7. ガーナ人のプライドの高さ

既述したようにガーナ人の教育レベルは高く、この国から世界的な著名人も多く輩出している。したがって省庁で働く人たちのプライドは高い。被援助国でありながら卑下する態度はまったくなく、逆に援助国には当然のようにさまざまな要求をあげてくる。日本政府も大いにそれに応えてきているが、それほどの感謝の念も示されないために日本大使館職員が憤慨することもしばしばである。

本プロジェクト実施中にも、ガーナ側からは「ガーナの状況を理解しないような日本人専門家の受け入れは拒否する」という事態が2度も起こり、日本側は調整に大いに苦勞した。しかしこのプライドの高さもプロジェクト後半ではポジティブに作用した。自分たちが参画し、世界に例のない現職研修システムを作り上げたことにプライドを持ち、その成果を機会を見つけては国内外で喧伝をしている。2004年5月には、プロジェクト成果を他のアフリカ諸国に伝えるための「現職研修システム国際セミナー」をガーナで開催したときにも誇らしげに発表していた。そのプライドが、他のアフリカの国々の手前、システムの維持を失敗させてはならない、保健省のものとして利用し続けていこうという気概につながっている。

#### 1-8. 日本側のガーナに対する援助方針

上述したように、ガーナはアフリカの優等国といわれており、治安や政治もこの頃は安定している。したがってさまざまな援助機関が競うように支援を

与えている。日本は100以上の国に援助を行っているが、散漫な援助は効果が現れにくいという反省から、よりメリハリをつけ発展可能性の高い国に重点支援を行うという「国別支援」へと移行し、その中でガーナも国別支援重点国に位置づけている。したがってJICAはガーナで次々と新たなプロジェクトを立ち上げるようになった。野口英世の遺志を継ぐべく、すでに感染症研究のための「野口研究所」プロジェクトが1980年代から続いている。農業分野では「灌漑プロジェクト」が開始されていた。さらに保健と教育の分でもプロジェクトを立てあげて総合的なガーナの発展に寄与し、日本の援助国としてのプレゼンスを高めることを意図していた。

当初、保健の分野では日本側は母子保健のプロジェクト立ち上げを予定していた。しかしこの分野はすでにUNICEFをはじめとする国際機関、アメリカやイギリスのドナー、さらにはさまざまなNGOが活発に活動を展開していたので、ガーナ側はそれよりも差し迫ったニーズのある現職研修をより効率的に実施するためのシステム開発を要請してきたのである。日本側はこれを受け入れ、ガーナの援助国の中で主導的な役割を果たそうと試みた。したがって日本政府の全面的なバックアップの下に本プロジェクトがスタートすることになる。

## 2. 方法論分析

ガーナで成果を上げることができた背景には、採られた方法の適宜性もある。本プロジェクトはガーナの保健医療分野で初めてケースで、且つ、システム開発に特化するということで、さまざま方法な模索がなされた。それらを取り上げて分析してみたい。

### 2-1. 共同技術開発手法

本プロジェクトは国家レベルの「現職研修システム」という日本にもないシステムを開発することが目標とされた。したがって日本側には十分な経験を持った専門家がいない一方で、カウンターパートたちがその分野に詳しいというのが実情であった。日本の優れた技術を途上国側に伝えることを目的としたJICAのプロジェクト方式技術協力（プロ技協）が成立し得ない状況におかれてスタートしたと言える。初期の頃に従来のプロ技協のやり方（日本側主導）でやろうとして様々なトラブルに遭遇した。試行錯誤の末に、プロジェクト実施方針を「技術移転型」から日ガ共同での「技術開発協力型」に変更した。すなわち、カウンターパートはガーナにどんな

システムが必要であるか熟知し、壮大なアイデアも持っている。しかし彼らはアイデアを実現するための技術も持たず、十分な時間、資金もない。プロジェクトが彼らのアイデアを実現可能なレベルまで引きおろし、具体化のための詳細なプロセスを提示して必要な予算もつけ、カウンターパートのみならず、すべてのレベルの現職研修関係者を巻き込んで、日ガ共同で目標達成するというやり方である。その過程で保健省本庁レベルのニーズばかりでなく、州保健局や末端の保健医療施設まで足を伸ばし、それぞれのレベルにどんなニーズがあるかをきめ細かく情報収集した。それを基にシステムコンポーネント素案を描き、出来上がったものをまた現場に下ろしてコメントをもらい、さらに改定し、最終的に各レベルからこれでOKという合意を得る。この合意を上層部まで積み上げていくのである。ガーナは多民族国家であるがゆえに、この作業を必須であり、特に上層部の一部に合意に合わなかったという意識をもたれることによって頓挫することもある。保健省のボトムからトップレベルまでの職員の合意を重ねることにより、自分たちもシステム開発に参加しているという意識を醸成することができた。これによってガーナ側にシステムに対するオーナーシップが生まれ、プロジェクトが終わったあとも、保健省のシステムとして存続し、JICAのインプットがサステナビリティを持つことに繋がったのである。

### 2-2. システム開発手法

ガーナにおける現職研修システム開発のもう一つの意義は、各国の援助機関よりもより高い次元でガーナに貢献できることである。その理由は、システムが；

- ◆各国の行う現職研修を総括するものである
- ◆援助機関がガーナで行うべき研修の枠組みを設定できる
- ◆彼らが実施した現職研修を評価できる
- ◆評価に基づいて次年度に行うべき研修をガーナ側が要請していくことができる

などがあげられる。つまりは、日本のインプットが他の援助機関に保健省を通して影響力を与えることが可能になる。日本側にとってもやりがいのある仕事であり、専門家が大きいチャレンジ精神を掻き立てられた。また、日本のプレゼンスの高揚につながるということで、日本側からの支援も大きなものがあった。

### 2-3. 現場主義的手法

2003年にJICAの理事長に就任した緒方貞子氏は、現場主義の重要性を職員たちに強く訴えかけている<sup>13)</sup>。援助の基本は現場にあり、東京の高層ビル内で考えることと現場の状況は違うということを彼女は強調しているのだ。ガーナにおいても同様で、首都にオフィスを構え、末端部の状況も把握せずに企画しても、効果のある技術援助は実現しない。本プロジェクトの日本人チームの特徴は、チームリーダーを除いた全員が青年海外協力隊の出身という点である。彼らは単身、途上国の現場に派遣され、現地の人たちとともに草の根レベルで2年の間汗を流す。言葉もろくに通じない、電気や水、電話もない地方に配属されるものも多い。そして彼らは現場の重要性を知る人間であり、劣悪な状況にも適応し、現場から情報を集めることのできる人間でもある。システム開発の上で彼らの存在は大いに有用であった。積極的に末端レベルに出かけ、何日もそこに滞在して情報収集や素案のフィードバック作業に取り組んでくれた。それによって現場のニーズに根ざしたシステム開発が可能となったのである。また、彼らと末端部の保健医療従事者との交流が「現職研修システム」への信頼を形作っていったことがプロジェクトへの信頼につながり、成功に貢献したのである。

## 考 察

保健医療従事者の能力を最大限に生かし、より質の高いヘルスサービスを提供していく上で現職研修はすべての国にとっても欠かせない活動である。WHOも保健医療従事者の技術や能力を向上させ、士気を高めていく上での最も大切な要素と位置づけている<sup>14)</sup>。しかしどの国も現職研修に関しては種々の問題を抱えており、投資に見合った効果があげられないのが実情である。「現職研修システム」はこのような状況を打開するために開発された途上国でははじめてのシステムであり、上で述べたようなガーナ側、日本側の背景、および採用した方法が有機的につながり、大きな成果を挙げることができた。そして今やそのインパクトはガーナ国内のみならず他のアフリカ諸国にまで及ぼうとしている。本プロジェクトの成果は途上国支援を行っているJICAにとって、今後の援助形態のひとつのモデルになりうる。

開発に紆余屈曲はあったが、システム開発自体はそれほど難しいものではない。まず、システムを利用する人

のニーズを末端から上層部まで徹底的に調査をする。次にシステムがカバーすべき範囲を設定する。本プロジェクトではガーナで実施されるべき現職研修の範囲、対象はガーナ保健省に属するすべてのヘルスワーカーであった。そして現職研修にかかわる情報のデータ化、そのデータを処理するプログラムの開発、個人データの記録簿の作成、そしてモニタリング手法である。このシステムの構想は基本的なマネジメントの知識さえあれば、容易に描くことができるものである。問題は開発の進め方であった。日本がガーナ側に一方的に押し付けたのでは反目を食うことになるし、オーナーシップも生まれない。システムの継続性も期待できない。プロジェクトでは、システムを利用するすべてのレベルの人たちから個々のシステムコンポーネントに対する意見をもらい、合意を重ね、自分たちもシステム開発に参加しているのだという意識の醸成に努めた。これも一種の参加型開発である。援助は参加型で行うというのが常識になっているが、システム開発の援助でも、その方法が最も有効であることが証明されたといえる。

システム援助の有効性を強調してきたが、そのメリット、デメリットを述べておく必要がある。第一のメリットは、システムが持つ普及の容易さである。もともと「現職研修システム」開発はガーナ中南部の3つ州を中心に進められた。そこで機能することを確認できるまで4年近くを要したが、その後は1年ほどで全国へ拡大することができた。有用なシステムと認識されれば、それほど時間と労力をかけずとも他の州への導入が進み、裨益する対象者も容易に拡大できる。また、どんな国においても「現職研修システム」が扱う項目は基本的には同じなので、汎用性が高く、他の国へ拡大しやすい。現在、国際セミナーなどの開催を通して、その作業も進みつつある。病院や研究所などのハード支援では裨益する人たちは地理的に限定されてしまうが、ソフト支援はその点を凌駕している。

メリットの第2はシステムの応用性である。本プロジェクトが開発したシステムは保健医療従事者に対する現職研修を対象としている。職員のレベルアップを図るために研修を行っているのは保健省ばかりではない。教育省は中でも特に活発に教員に対する研修を行っているが、彼らも研修に関しては同じような問題を抱えている。そこで成果を挙げつつある本システムに興味を持ち、現在、導入を検討中である。このように他の省庁も応用が可能で、援助効果がますます拡大していくことを期待できるのである。

3番目のメリットはコストである。システム開発にもそれなりの初期投資が必要である。ニーズを探り、それに見合ったシステムコンポーネントの開発、さらにコンピュータや周辺機器なども供給しなければならない。ただ、ハード支援と大きく異なるのはプロジェクト終了後の維持費の安さである。病院、研究所などを援助したときは、日本の支援が続いている間は機能するが、終了した後に当該国が維持費を予算化できずに初期の目標を達せないというケースが多々存在する。ソフト支援では、システムが国家のシステムに加えられれば、彼らのルーチンの業務となるので予算も組みやすい。また、システムに要する消耗品は紙やインクなど、それほど高価なものはない。したがってシステム支援のインパクトは永続性を持ちやすい。

システム支援のデメリットもある。まず、システムは目に見えない。それだけに開発、導入したものが当該国で使われない、普及しないということになれば日本が投入したもののすべてがゼロになる。ハード支援であれば、少なくとも建物や機械は残り、日本がその国になにかをしてくれたという記念碑くらいにはなる。ソフト支援ではそれすら残らないことになる。また、システム開発には時間がかかる。ニーズを発掘し、それに見合ったシステムを、その国のやり方で開発しなければならない。短期間で成果を出すことが求められる最近のJICAの風潮の中で、あまりありがたがられない可能性がある。ともあれ、これらのデメリットは既述したような工夫すれば解決は可能である。日本の援助はハード中心から、よりメリットの多いソフト中心への方向転換を進めていくべきであろう。

### 今後の日本の援助方針

途上国の保健医療分野に資源はある。世界銀行は1993年に「世界開発報告書－保健への投資」<sup>15)</sup>を発行し、保健の分野への投資を本格化した。今では資金提供機関として、もっとも大きな役割を果たしている。また、他の先進国も日本を除いて(2000年以降大幅削減)アメリカ、イギリスが援助額を増やし、ドイツ、フランス、カナダなどは現状維持<sup>16)</sup>を保っている中で、アフリカ諸国には援助が集中砲火的に行われている国もある。ガーナもその集中砲火の対象国のひとつである。しかし、多くの資金が投入されるにもかかわらず期待されるほどの効果が上がっていない。理由のひとつが被援助国のマネジメント能力不足である。それによって起こる援助資金のある分野への偏在、一部の人間による資金のコントロール、

それにまつわる腐敗構造から、貴重な資源が露と消えていく。途上国の発展のためにマネジメント能力の向上は早急に取り組まなければならない課題である。

現職研修システムはガーナの保健分野のマネジメント能力を向上させるのにもっとも有用な手段の一つである。どこの誰がどんな能力を有しているのか、また有していないのかを瞬時に引き出すことができ、人材の有効活用が可能になる。また、現職研修にどの国がどれだけ投資し、どのようにそれが使われたかの情報も得ることができる。これらにより人材とファイナンスのマネジメントが容易になり、資源が効果的に使われることにつながる。このように、マネジメントにかかわるシステムを導入することは、援助側、被援助側にとっても有用であり、ひいてはそれが途上国の発展につながる。システム援助の有効性を再度強調し、このようなタイプの援助をこれからも日本が推し進めていくこと強く希望する。

### 引用文献

- 1) Palmer, A.: Continuing Professional Education: Individual Responsibility, Collective Consciousness. The Journal of Continuing Education and Nursing. 1994.25 (2), 59-64,
- 2) 秋葉敏夫、相賀裕嗣、他: 保健医療分野におけるユニークな人材養成の試み、国際協力研究、2004:20:26-39
- 3) Ministry of Health/Ghana Health Service. JICA-HRDD Health In-Service Training Project Annual Report 2001.2002.
- 4) Ministry of Health/Ghana Health Service. JICA-HRDD Health In-Service Training Project Annual Report 2002. 2003.
- 5) Fukuda-Parr, S. Lopes. C., Malik, K. Capacity for Development - New Solutions to Old Problems. 2002: United Nations Development Programme (UNDP), New York. U.S.A.
- 6) 2000 Population and Housing Census, Ghana Statistical Service, August,2000
- 7) 世界銀行ホームページ (<http://www.worldbank.org/depweb/>)
- 8) UNDPホームページ (<http://www.hdr.undp.org/report/global/2003>)
- 9) Ministry of Health/Government of Ghana. August 2001. The Health of the Nation, Reflections on the First Five-Year Health Sector Programme of Work



- 1997-2001.
- 10) Dovo, D., F. Nyongator,. Migration by Graduates of the University of Ghana Medical School: Preliminary Rapid Appraisal. Human Resource for Health Development Journal. 1993.3 (1), 40-51
  - 11) 高根務：ガーナ — 混乱と希望の国 —、アジア経済研究所、2003.pp.113
  - 12) 2004 Report on the global AIDS epidemic Executive Summary: UNAIDS, Geneva, 2004
  - 13) 国際協力 10月号2004年:国際協力機構、2004年 pp.4
  - 14) System of continuing education: priority to district health personnel. Report of WHO Expert Committee, World Health Organization Technical Report Series 803. World Health Organization, Geneva.1990
  - 15) World Development Report 1993-Investing in Health-: Oxford University Press, New York:1993
  - 16) 外務省ホームページ  
(<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/nyumon/oda/images>)