

第 8 回
医学教育国際協力研究フォーラム
報告書

平成 21年 3月

東京大学 医学教育国際協力研究センター

序 文

東京大学医学教育国際協力研究センター
センター長 山本一彦

当センターでは、医学教育研究・国際協力による「人づくり」を通じた各国の医療や健康への寄与について建設的かつ具体的に検討する場として、年1回、医学教育国際協力研究フォーラムを開催してきました。どの国にとっても、「人づくり」は国づくりの基礎であり、永続的な国の発展のためには不可欠です。とりわけ、開発途上国においては、目に見える発展の形としてインフラ整備や機器の導入が優先されがちですが、長期的な発展のためには人材育成は最も重要なものの一つと考えます。特に、保健医療分野の人材育成については、慢性的な医師不足や医師数の地域間格差など喫緊の課題に直面しており、優先度が高いと言えます。しかし一方で、人材育成は一朝一夕に成しえるものではなく、膨大な時間と労力を費やした末、10年、20年の単位で成果が表れるものです。重要度や緊急性が高い分野ですが、同時に、根気と長期的な視野にたった取り組みが必要とされる分野でもあります。

今回のフォーラムでは、当センターの使命である「保健医療分野の人づくり」という原点に立ち返って、問題点や解決策を考え直してみたいと考えました。2005年度からJICAアフガニスタン医学教育プロジェクト、2007年度からJICAラオスセタティラート大学病院医学教育研究強化プロジェクトとJICAインドネシア大学整備事業に協力してきましたが、他の大学や機関が保健医療分野の人づくりについてどのような取り組みをしているか、どのような課題を抱え、それをどのように解決しているか、について本フォーラムで議論をしたことがありませんでした。そこで、保健医療分野の人材育成協力で活躍されている先生方をお招きして、開発途上国における人材育成の取り組みと課題について伺い、参加者も含めた議論の場を設けることにいたしました。今回のフォーラムにより、他国での事例や他機関からの視点を互いに学び、保健医療分野での人材育成の促進に向けた考え方を少しでも共有することができたのではないかと思います。

最後になりましたが、フォーラムにご協力いただきました講演者の皆様、ならびにご後援いただきました文部科学省、国際協力機構の関係者の皆様、当日参加して下さった皆様に、厚く御礼申し上げます。

平成21年3月吉日

目 次

序 文

目 次

1. フォーラム概要	1
2. 開会のあいさつ	3
3. 文部科学省あいさつ	3
4. 第一部（講演）	
(1) 牛尾光宏 先生	5
(2) 吉岡俊正 先生	10
(3) 村岡 亮 先生	18
(4) 大西弘高 先生	32
5. 第二部（パネルディスカッション）	39
6. 閉会のあいさつ	45
7. 出席者	46
8. アンケート調査結果	47
9. 総括	51

写 真

1. フォーラム概要

- (1)日 時： 平成 21 年 3 月 19 日（木）午後 2 時 30 分から 6 時まで
- (2)会 場： 東京大学本郷キャンパス医学図書館 3 階 333 室
- (3)主 催： 東京大学医学教育国際協力研究センター
- (4)後 援： 文部科学省
独立行政法人国際協力機構
- (5)テーマ： 開発途上国における医療人材育成協力の重要性
- (6)目 的： 医療人材の育成は長期的な保健医療拡充のために不可欠であり、開発途上国における医療人材育成に関して、日本の大学等はこれまで様々な協力を行ってきた。本フォーラムでは、大学等による協力の取組みと課題について知見を共有し、さらなる協力のための提言を議論することで、開発途上国の医療人材育成の促進に寄与することを目的とする。
- (7)講演者 国際協力機構 人間開発部技術審議役 牛尾光宏 先生
東京女子医科大学 医学部医学教育学 吉岡俊正 教授
厚生労働省 臨床研修審査専門官 村岡亮 先生
東京大学医学教育国際協力研究センター 大西弘高 講師

(8)プログラム：

- 14:30- 開会の挨拶
東京大学医学教育国際協力研究センター 大西弘高 講師
- 14:35- 文部科学省挨拶
文部科学省 大臣官房国際課国際協力政策室 浅井孝司 室長
- 第一部 「講演：大学等による開発途上国における医療人材育成の取組みと課題」
- 14:50- 国際協力機構 人間開発部技術審議役 牛尾光宏 先生
「国際保健における医療人材育成」
- 15:20- 東京女子医科大学 医学部医学教育学 吉岡俊正 教授
「西太平洋地区医学教育連盟活動と医学教育の質保証」
- 休憩
- 16:10- 厚生労働省 臨床研修審査専門官 村岡亮 先生
「ベトナムにおける保健医療分野の国際協力と医療人材育成」
- 16:40- 東京大学医学教育国際協力研究センター 大西弘高 講師
「ラオスにおける医学教育拡充の取組み」
- 休憩
- 第二部 「パネルディスカッション：開発途上国における医療人材育成の促進に向けた提言」
- 17:20- 冒頭コメント 国際協力機構 人間開発部保健行政課 渡部晃三 課長
進行役 東京大学医学教育国際協力研究センター 大西弘高 講師
パネリスト 第一部での講演者
- 18:00- 閉会の挨拶
東京大学医学教育国際協力研究センター 北村聖 教授
- 18:30-20:00 情報交換会（東京大学本郷キャンパス山上会館1階ホール）

2. 開会のあいさつ

本日はお越し頂き、誠にありがとうございます。当センターは、医学教育に関する国際協力を行っているが、この分野での議論を深めるため、年1回、医学教育国際協力研究フォーラムを行っている。今回は、「開発途上国における医療人材育成協力の重要性」をテーマとして、第一部では、大学等による開発途上国における医療人材育成の取組みと課題について、3名の先生方および私が講演を行う。第二部では、講演者にJICA 渡部課長も加わってパネルディスカッションを行い、医療人材育成の促進に向けた提言を行う予定である。

これまで国際協力プロジェクトに携わってきた中で、「医学教育は保健分野なのか、教育分野なのか」ということを感じることもあり、医療人材育成協力が既存の枠組みの狭間にあることに苦しむこともあった。しかし、逆に言えば、今後将来が開けていく分野であるとも言え、その意味で、本日は皆様からの意見を幅広く伺いながら、フォーラムを進めさせて頂きたいと思う。6時までゆっくりとお楽しみ下さい。

(東京大学医学教育国際協力研究センター 大西弘高 講師)

3. 文部科学省あいさつ

医学教育国際協力研究フォーラムの始まりにあたり、文部科学省を代表して、挨拶をさせて頂く。

近年、日本のODA 予算は減少傾向にある。ODA 実績をみると、2001年にアメリカに首位の座を譲り、2006年にはイギリス、2007年にはドイツ、フランスにも抜かれ、現在は第5位となっている。さらに、現在の厳しい金融・財政状況においては、ODA 予算を増加させることは厳しく、日本の国際的な影響力の低下がより一層懸念される。

そうした中で、日本が国際社会における確固たる地位を確立させるためには、ODA の質の向上が必要となっている。科学技術外交という概念はそのような質の向上という観点から出てきたものであるが、科学技術に限らず、大学が所有する知識や経験を生かして地球規模の問題に取り組むことは、日本がもつ比較優位を効果的に活用した国際協力のあり方であり、開発途上国からも切望されていることである。

国際協力において人材育成は非常に重要な分野である。国づくりの基礎は人づくりであり、一国の発展と安定はひとえにその国の人材の育成にかかっている。特に、医療分野における人材育成は、どの国においても最重要課題である。しかし、その解決のためには膨大な時間と多大な資金を要することから、十分な成果を見ずにいるのが現状である。こうした分野で大学が知的な貢献を行うことは、開発途上国の期待に十分応えるものであり、同時に日本の大学にとっても貴重な勉強の機会であると言える。

余談であるが、私は昨年 8 月までの 2 年半、在バングラデシュ日本大使館で留学生関連業務に携わっており、そこで日本の医療教育を間近に見る機会があった。バングラデシュには日本に留学する学生が多く、日本で博士課程を取得した後、帰国して診療所や大学を開設する医師・歯科医師も多い。そうした診療所や大学には、日本語の名前が含まれることが多く、非常に驚いた。例えば、「サッポロ・デンタルカレッジ」は、北海道大学に留学した歯科医師が作った大学であり、「ダッカ・ヤマガタホスピタル」は、山形大学に留学したラーマン先生が設立した病院で日本人もお世話になっている病院である。また、「アイチホスピタル」は、名古屋大学に留学した先生が設立した小児科病院であり、「Endo デンタルクリニック」は、日本人が設立した病院かと思えばそうではなく、日本に留学した医師が指導教官の名前をとって設立したものである。このように、バングラデシュには、医療分野で日本に留学した先生の活躍が目立っている。開発途上国から日本への留学は、人材育成協力において重要な一端となっている。

一方、日本人の専門家が開発途上国へ行くという協力の重要性も増している。東京大学医学教育国際協力研究センターは、早くから医学教育分野での国際協力に着目しており、これまでにアフガニスタン、ラオス等において活発に活動してきたと聞いている。本日は、このような活動経験に基づく知見を生かし、医療人材育成協力で活躍されている先生方をお招きして、大学等による開発途上国における医療人材育成の取組みと課題について議論されると承知している。このフォーラムが日本や日本の大学に多面的に裨益する契機となることを期待している。

最後に、東京大学医学教育国際協力研究センターの山本センター長はじめ、スタッフに方々に御礼申し上げるとともに、日頃のご努力に敬意を表して、挨拶とさせていただきます。

(文部科学省 大臣官房国際課国際協力政策室 浅井孝司 室長)

4. 第一部 講演

「大学等による開発途上国における医療人材育成の取組みと課題」

- (1) 国際協力機構 人間開発部技術審議役 牛尾光宏 先生
「国際保健における医療人材育成」

1) 講演者略歴

○ 所属・役職

独立行政法人国際協力機構 人間開発部 技術審議役

○ 略 歴

昭和57年	岡山大学医学部卒
昭和57年	神奈川県衛生部
昭和59年	厚生省生活衛生局食品保健課検疫所業務管理室
昭和60年	WHO西太平洋地域事務局派遣
昭和62年	厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課課長補佐
平成元年	広島県福祉保健部健康対策課長
平成4年	環境庁大気保全局企画課課長補佐
平成6年	厚生省健康政策局医事課課長補佐
平成7年	茨城県衛生部医監兼次長、部長
平成12年	厚生省健康政策局指導課医療計画推進指導官
平成13年	厚生労働省医薬局食品保健部企画課食品国際企画調整官
平成15年	厚生労働省健康局結核感染症課長
平成17年	独立行政法人国立病院機構本部医療部長
平成19年	厚生労働省大臣官房参事官（医薬食品担当）
平成21年	独立行政法人国際協力機構人間開発部技術審議役

2) 講演主旨

保健分野の開発援助において、従来の疾病別・課題別のアプローチによるミレニアム開発目標達成への貢献は限定的であり、横断的アプローチの一つとして保健人材の量・質拡充が国際的に注目を集めている。途上国における保健人材不足の問題は、「人材数の不足」に限らず、「人材の偏在や流出」、「養成と雇用の不均等」など多岐にわたる。これらの課題は、様々な援助機関の間で、より多角的な視点で分析され、世界規模で取り組まれる必要がある。一方で日本国内のリソース不足も問題視されており、国際医療協力を希望する若い医師の夢を育むためには、国際保健に関する体系的な教育・研修・職務の構築が求められている。以上の状況を鑑み、JICAの保健分野の協力経験について外観し、保健人材に関する今後の課題について言及する。

3) 講演概要

- 学生時代に、NGO やサークルを通じて、アジアの伝統医学やインドシナ難民救済に関わる中で、アジア諸国の生活状況や医療状況が日本とあまりに違うことに愕然とした。そのような経験により、将来は一人の医師として臨床医になるよりも、国際保健に携わりたいと思うようになり、WHO や厚生省で勤務することを決意し、直接的、間接的に国際保健に関わってきた。
- 「我々はなぜ国際協力を行う必要があるのか？」という疑問を、学生時代から現在に至るまで、ずっと感じてきた。例えば、大学は何のために国際協力を行うのか？ 大学によって国際協力は経済的なメリットはなく、人道的理由もないが、学術的側面はあるだろう。政府機関にとっては、国際協力は国益のためでもあり、民間企業にとっては、営利のためでもある。国際協力に携わる立場によって、その目的は様々である。
- 国際協力を行う人材に求められる資質として、資格、能力、性格、体力、経験別に様々ある。資格については、保健医療分野の場合、医師、看護師、薬剤師などがあるが、途上国においてはそうした資格制度が確立されていないこともある。
- JICA は、1つの事業が終わっても現地の人々によって継続的に実施されることを重要視して、人材育成に重点を置いている。一般に、人づくりは、時間がかかる、手間がかかる、目に見えない、と言われており、ODA に占める人材育成分野の支援金額は非常に少ない。しかし、当事者意識を尊重し、持続性を重視して人材育成に取り組んできた成果は、様々なところで見えてきている。
- JICA では、中央行政からコミュニティに至るまで、様々なレベルで協力を行っている。ODA プロジェクトは途上国政府からの要請に基づいて行われているものの、中央官庁の要請内容と現場のニーズが乖離していることもある。そのギャップを埋めるため、JICA では青年海外協力隊などを活用したコミュニティレベルでの草の根支援も行っている。
- JICA の保健分野における重点課題としては、保健システム強化と保健人材強化がある。また、日本への裨益効果も考慮して、感染症対策にも重点が置かれている。アプローチとしては、二国間支援よりも、他機関との国際連携や包括的展開が増えている。途上国における保健人材をめぐる問題点としては、数の不足、質の低さ、地域格差等がある。

第8回医学教育国際協力研究フォーラム
平成21年3月19日（木）

「国際保健における医療人材育成」

国際協力機構人間開発部
技術審議役 牛尾 光宏

国際保健・協力とのかかわり

- ✚ 学生時代 (1975-1982)
アジア伝統医学、アジア医学生連絡協議会、
インドシナ難民救援活動
- ✚ WHO/WPRO (1985-1987)
HFA EPJ CDD
- ✚ 厚生労働省職員 (1982-2008)
検疫所業務管理室、
食品保健部企画課 (1-テックス)
結核感染症課 (HR改正)
- ✚ JICA (2009-)

国際保健・協力の分類

- ✚ 主要領域
基礎 臨床 社会
- ✚ 実施組織
国際機関、国及び関連機関、大学等教育研究機関、
企業（コンサルを含む）、NGO
- 目的 性格
学術的、人道的、国際世論、営利
- 態様
援助 支援的 協力 協同的

求められる資質

- ✚ 資格
- ✚ 能力
語学、コミュニケーション力
- ✚ 性格
陽性、協調性
- ✚ 体力
- ✚ 経験

JICA事業の概要

JICA事業について

基本理念 人間の安全保障

特徴 キャパシティ・ディベロップメントの重視
つまり 人づくり 組織づくりを重視

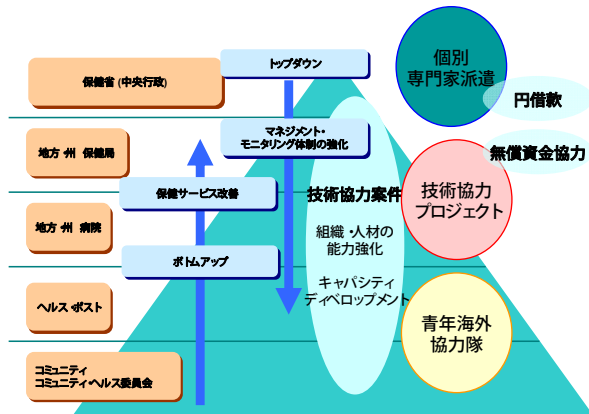
すべての活動が人材育成に
つながっています

主役は途上国
の人々！

- 当事者意識の尊重
- 持続性の重視
- 現場での実効性の追求
- 長期的な係わり合いの重視
- 日本の経験の共有



JICAの保健分野における協力の枠組み



保健分野における重点課題

- ①保健システム強化
地域保健、保健行政、保健情報、医療施設 設備等、マネジメント能力強化、保健医療従事者の確保 強化
- ②保健人材強化
マスタープラン整備支援、看護師・助産師の業務範囲規則策定支援、保健人材データベース整備、人材養成の能力強化、現任教育システムの確立支援
- ③感染症対策
三大感染症/エイズ 結核・マラリア、NTD=Neglected Tropical Diseases、小児感染症、新興感染症
- ④母子保健リプロダクティブヘルスの向上
母子保健手帳、継続ケア、EPI=Expanded Program on Immunization、予防接種

国際協力機構



アプローチ例

- ①広域展開 例) カリブ中南米諸国看護プロジェクト
- ②国際連携 例) GFATMと連携したエイズ 結核・マラリア対策事業の拡大
例) カンボジア地域における母子保健サービス向上プロジェクト GAVIと連携した保健システムの強化
- ③包括的展開
例) ケニアエイズ予防プログラム
技プロ「エイズ対策強化」+無償「感染症対策」+JOCV「エイズ対策隊員等」+「エイズ医療特別機材」
例) アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム
技プロ「地域保健強化」+無償「基礎的医療機材整備計画」+JOCV「保健師、看護師、栄養士等」

国際協力機構

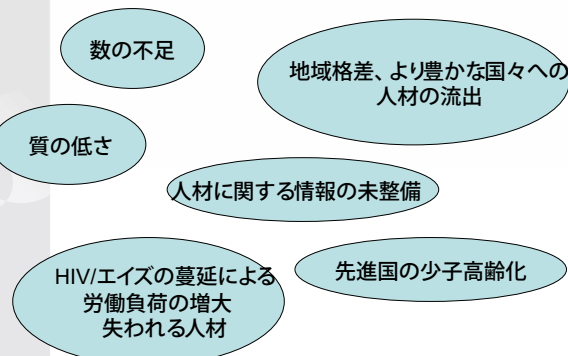


JICAによる保健人材分野への協力

Japan International Cooperation Agency



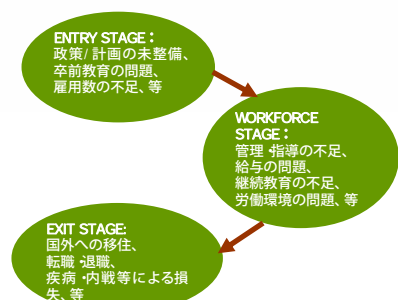
途上国における保健人材をめぐる問題点①



国際協力機構



途上国における保健人材をめぐる問題点② 保健人材のライフサイクル別



国際協力機構



JICA保健人材関連の事業の特徴①

- キャパシティ・ディベロップメントを基本理念とする
- 技術協力プロジェクト 第三国研修
 - ⇒看護・助産師を対象とする案件(22%)が最も多い。
 - 本邦研修⇒医師(22%)、行政官(36%)を対象とする案件が多い)
- 地域のボランティア等に対する協力も実施している。
- 政策・クリニカル 管理領域の組み合わせ、臨床領域と管理領域の組み合わせなど、いくつかの領域に対し、同時に協力を実施している案件が多い(57%)。
- 卒前教育(6%)に比べ、現任教育(61%)の案件が多い。

国際協力機構



JICA保健人材関連の事業の特徴②

- 人材の留任(retention)に係るインセンティブは、現任教育の機会提供、労働環境整備、安全対策などが 金銭的インセンティブの導入に直接関与しない)
 - ⇒ファイナンシャルやマイグレーション(流出)に係る支援ではなく人材育成とマネージメントの強化

●ENTRY STAGE

①政策

マスタープラン策定、保助看法の策定、資格試験の整備、データベースシステム構築 整備

②卒前教育

カリキュラム策定、質の高い教員の養成、教育環境の整備 充実

●WORKFORCE STAGE

継続教育システムの構築 強化、労働環境の整備、5S-TQM

国際協力機構



今後の課題

- ✚JICA保健人材強化への協力量針の明示、他ドナーとの連携促進
- ✚JICAのもつ理念の重要性を、データ等の根拠と共に発信する。
- ✚国家行政レベルからのアプローチ(トップダウン)と草の根レベルからのアプローチ(ボトムアップ)を継続。
- ✚JICAの特性を活かし、現場ニーズや文化 社会的背景を考慮したきめ細かなアプローチを継続する。

国際協力機構

(2) 東京女子医科大学 医学部医学教育学 吉岡俊正 教授
「西太平洋地区医学教育連盟活動と医学教育の質保証」

1) 講演者略歴

○ 所属・役職

東京女子医科大学医学部 医学教育学 教授

○ 略 歴

昭和 54 年	北里大学医学部卒業 北里大学病院小児科研修医
昭和 59 年	ハーバード大学小児科ボストン小児病院腎臓内科 リサーチフェロー
昭和 62 年	バンダービルト大学医学部小児科 講師
平成 6 年	東京女子医科大学病院腎臓小児科 講師
平成 9 年	東京女子医科大学医学部薬理学 助教授
平成 13 年	同 医学教育学助教授
平成 15 年	同 教授

2) 講演主旨

西太平洋医学教育連盟 (Association for Medical Education in the Western Pacific Region, AMEWPR) は、世界医学教育連盟 (World Federation of Medical Education, WFME) の地区組織として活動を行っている。WFME は 2003 年に医学教育グローバルスタンダードを提示した。これは医学教育機関の卒前・卒後・生涯教育の質保障のための世界共通基準として位置付けられ、徐々に各国に受け入れられつつある。これは医師の国際間移動が高まるにつれ、受入国では資格試験による個人評価だけでなく、国家間で医学教育の質の違いを重要視するようになってきた事を意味する。AMEWPR 加盟国でも WFME グローバルスタンダードを採用する国が複数ある。日本の医療の国際社会へのさらに発展させていく際には、医学教育質保障が課題の一つとなる可能性がある。

3) 講演概要

- 近年、医師の国際間移動が高まっており、より良い報酬を求めて給与の高い国へ移動する医師が増えている。また、患者の国際間移動も起きており、途上国の富裕層が医療技術の高い先進国で診療を受けたり、逆に、先進国の人々が医療費の安い途上国で診療を受けたりするケースが増えている。
- EU 内においても、医師の国際間移動が高まっているが、国によって医科大学の教育レベルが異なるため、教育レベルの高くない医科大学を卒業した医師が、容易に EU 内の隣国で診療を行うことができることが問題視され始めた。また、他国からの医師の輸入がさかんなアメリカにおいては、医師になるための資格試験があるものの、資格試験のみならず、どのような教育を受けてきたかを重要視し始めた。このような状況の中、医師個人の能力評価だけではなく、教育機関の評価を適切に行うことで、教育機関の質を保証しようという動きが高まり、WFME（世界医学教育連盟）が策定した医学教育グローバルスタンダードが脚光を浴び始めた。
- 現在、日本で適用されている大学評価基準は、全学部に通じたものであるが、WFME の医学教育グローバルスタンダードは、医科大学に特化した評価基準であるので、より細かい項目となっている。
- 2008 年に東京で AMEWPR 代表者会議が行われ、大西弘高先生を事務局長として、医学教育グローバルスタンダードの各国への導入等について議論がなされた。茶道や華道など日本文化を知って頂く良い機会になったが、議論については、政治的に難しいテーマもあり、厳しい討論となった。
- 途上国においては、医科大学の認証評価を行う国が増えており、その基準として医学教育グローバルスタンダードを参考にする国が増えている。医学教育グローバルスタンダードは、各国に導入を強制するものではないが、医科大学の認証評価をする上で重要な基準と認識されつつある。一方、日本においては、医科大学の認証評価を行っておらず、医学教育グローバルスタンダードも利用されていない。日本の医療を国際社会へ発展させるためには、日本の医科大学の国際基準での評価が重要になるであろう。

4) 質疑応答

質問：他国では、グローバルスタンダードはどこかの官庁が管轄しているのか。または、官庁ではなく大学独自に行っているのか？

回答：グローバルスタンダードは、あくまで大学評価の基準として WFME が各国や各地域に示しているものであり、その実際の利用に関しては各国で考えてもらうというのが WFME のスタンスである。例えば、AMEE（ヨーロッパ医学教育連盟）はグローバルスタンダードを採択したが、グローバルスタンダードは教育格差がある国でも使えるように作られていることから、ヨーロッパではそれ以上の高いレベルを目指すという特記事項をつけた。実際の運用については、今後、AMEE が医科大学の外部評価を行うのではないかと期待されている。

また、ECFMG（Educational Commission for Foreign Medical Graduates：アメリカ以外で医科大学を卒業した医師がアメリカで臨床を行うことを許可/拒否するために医師の評価を行なう機関）の所長が今年の AMEWPR 代表者会議に出席したが、その際に、「将来は WFME のグローバルスタンダードで外部評価を受けた大学の卒業生をアメリカに受け入れる方向にしたい」という発言があった。また、日本においては、大学の認証評価機関があり、それぞれの基準によって外部評価を行っているが、グローバルスタンダードを採択して評価していくという選択肢もある。いずれにしても、外部評価は評価団体がある訳ではなく、各国で任されている。

WFME は、医科大学が数校しかない国でもグローバルスタンダードを活用してもらいたいと考えている。そのため、WFME 委員から現地調査チームを作り、そうした大学に行って、WFME のスタンダードに合わせた機関認証評価を行う用意はあるが、今のところ WFME そのものの外部評価機関としての体制が整っていない。依頼があれば事務的な手続きを経た上で行うが、WFME がどのように外部評価を行うかについては、各国や各地域で決まっていない。

質問：AMEE がヨーロッパで認証評価を行っても、結局、実際的意思決定の場では単なる 1 つの学会の意見にしか過ぎないと見られるのではないか。仮に、日本において医学教育学会が認証評価を行っても、そのようにしか見られないだろう。もし認証評価を行うのであれば、かなり強制力のある機関が

行う必要があると思う。例えば、日本では、大学の設置主幹である文科省が、視学という形で査察を行っているので、それと合わせて認証評価を行うしかないと思う。工学系の場合は、JABEE（日本技術者教育認定機構）に認証評価が一任されており、大学の工学部から高専に至るまで、JABEE の標準プログラムが適用されている。日本の医学部でも、同じようなことが起きるのだろうか。

回答：日本においては、学位授与機構が医科大学に特化した評価を既に行っていると聞いている。そうした認証評価の中にグローバルスタンダードを取り入れると、海外からは、グローバルな基準に従った評価をしていると認められる。おっしゃる通り、AMEE は学会であって認証評価の団体ではない。しかし、大きな学会であるので、今後、問題解決にあたっては、必ず質保証のことが出てくると思う。

質問：グローバルスタンダードが 2003 年に公表された当時は、世界の国々をたった一つの質管理のシステムに入れるのは良くないという反発が、開発途上国を中心としてあった。こうした声は今でもあるのか。または、人々の理解が深まって、反対の声が少なくなってきたのか。

回答：そうした反対の声の 1 つとして、各国共通のスタンダードができると、医師の移動がさらに容易になり、自国から医師がいなくなるのではないかというものがある。しかし、これはグローバルスタンダードの意図することではない。結果として医師の移動が容易になりかねない、という議論が今でもあるが、これは途上国支援や保健行政の面から考える必要があると思う。

西太平洋地区医学教育連盟 活動と医学教育の質保証

西太平洋地区医学教育連盟
会長 吉岡 俊正

東京女子医科大学医学部 医学教育学



話題

- 西太平洋地区医学教育連盟の概要
- 世界医学教育連盟と医学教育グローバルスタンダード
- グローバルスタンダードと医学教育質保障



西太平洋地区医学教育連盟

Association for Medical Education in the
Western Pacific Region (AMEWPR)

- 1988年に設立
- 世界医学教育連盟の地区部会として設立
- WHO西太平洋地域(WPRO)加盟国のなかの14カ国が加盟
- 設立目的は地域の医学教育を通じた医療の向上のための連携



加盟国

オーストラリア連邦
カンボジア王国
中華人民共和国
フィジー諸島共和国
日本国
ラオス人民民主共和国
マレーシア
モンゴル国
ニュージーランド
バブアニューギニア独立国
フィリピン共和国
大韓民国
シンガポール共和国
ベトナム社会主義共和国



加盟国人口

国名	人口(k)	国名	人口(k)
オーストラリア	20,155	モンゴル	2,646
カンボジア	14,071	ニュージーランド	4,028
中国	1,315,844	バブアニューギニア	5,887
フィジー	848	フィリピン	83,054
日本	128,085	韓国	47,817
ラオス	5,922	シンガポール	4,326
マレーシア	25,347	ベトナム	84,238



Cited from AMEWPR HP: <http://www.amc.org.au/amewpr/home.asp>

加盟国の医科大学・医師数

国名	医学校数	人口1千人当医師数	国名	医学校数	人口1千人当医師数
オーストラリア	19	2.5	モンゴル	15	2.8
カンボジア	2	0.2	ニュージーランド	2	2.2
中国	281	1.6	バブアニューギニア	1	0.07
フィジー	3	0.5	フィリピン	36	1.2
日本	80	2.1	韓国	41	1.6
ラオス	1	0.3	シンガポール	2	1.4
マレーシア	21	0.7	ベトナム	99	0.6



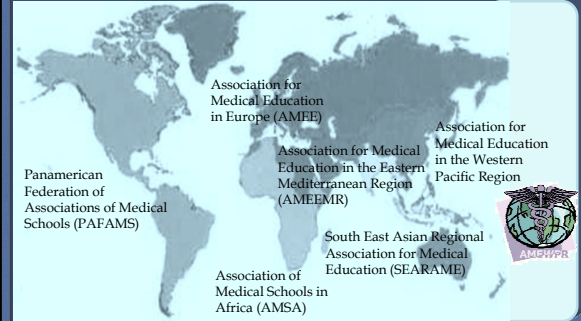
Cited from AMEWPR HP: <http://www.amc.org.au/amewpr/home.asp> and other resources

世界医学教育連盟

AMEWPR活動の基盤となる上部組織



WFME地区部会



- WFMEは医学教育に関わる世界的組織である。
- WFMEの使命は、医学教育を通じて科学的および倫理的に高い水準の医療を全ての人々が享受できることである。
- WFMEの活動は、卒前から生涯教育までの全ての医学教育段階を含む。



WFMEは、世界の6地区の部会を統合する。

WFME地区部会



2009年WFME評議会

- 開催地・日程
 - ヨルダン大学医学部(イルビッド, ヨルダン)
 - 2009年 4月20-21日
- 議題予定
 - 本部活動報告
 - 地区部会、WHOおよびIFMSAからの報告
 - The Global Standardsによる医育機関認証評価



医学教育のグローバル化



Physician Migration (医師の国際間移動)
Medical Tourism (患者の国際間移動)

グローバリゼーションに伴う医学教育質保証



国別に定め
医師資格が EU
内で共通化

医師輸入
増大

教育機関の質保証（認証評価）



医学教育グローバルスタンダード

WFME Global Standards for Quality Improvement (2003)

- 構成
 - 基本医学教育（学部教育）
 - 卒後研修教育
 - 生涯教育
- 内容
 - 教育機関の認証評価基準（理念と目標、教育プログラム、学生、学生評価、教員、教育環境、教育プログラム評価、管理運営、自己点検評価改善）



Global Standards 卒前から生涯教育までの教育機関評価基準



Trilogy of Global Standards



WFME Global Standardsと 大学基準協会「大学評価」の比較

大学基準協会	Global Standards
大学の理念・目的・使命・目標	使命と目標
◆当該大学・学部・研究科の理念・目的・教育目標とそれに伴う人材育成等の目的は高等教育機関として適切か。	◆医科大学の使命と目標が提示されなくてはならない。 ◆卒業時の実践能力（コンピテンシー）を定めているか。
学士課程の教育内容・方法	教育プログラム
◆当該学部の教育目標を達成し、十分な効果を挙げうるような教育方法の改善がなされているか。	◆教育理論・原則に基づき教育と学習が行われているか。 ◆科学的原理、問題解決・分析的・批判的思考、そして根拠に基づく医学を指向するカリキュラムを持つか。



2008年AMEWPR代表者会議



2008年会議概要

開催日	平成20年7月27・28日
開催場所	東京（東京女子医科大学・フォーシーズンズホテル椿山荘東京）
会議テーマ	WFME Global Standardsの各国への導入と国際的認証評価へのロードマップ作成、会則改定、会長選挙
参加者	各国代表者（欠席者なし）
オブザーバー	台湾国家衛生研究院医学院評鑑委員会、日本医学教育学会他

各国の医科大学学制

国名	教育年数(高卒・大卒)
オーストラリア	4-6
カンボジア	不明
中国	6-7
フィジー	6
日本	4-6
ラオス	6
マレーシア	5

国名	教育年数(高卒・大卒)
モンゴル	5
ニュージーランド	5-6
バブアニューギニア	4, 6, 7
フィリピン	不明
韓国	4 (旧制度では6)
シンガポール	4, 6
ベトナム	6



各国の医科大学認証評価導入状況

国名	評価の有無・評価間隔
オーストラリア	有り: 6年
カンボジア	なし
中国	有り:
フィジー	有り: プログラム年数毎
日本	無し(一部機関認証評価として実施)
ラオス	不明
マレーシア	有り: 1-5年

国名	評価の有無・評価間隔
モンゴル	有り: 10年
ニュージーランド	有り: 6年
バブアニューギニア	任意
フィリピン	有り: 5年
韓国	有り: 3-5年
シンガポール	任意
ベトナム	任意
台湾	有り



各国のWFMEグローバルスタンダード導入状況

国名	導入(修正利用を含む)
オーストラリア	参考
カンボジア	なし
中国	導入
フィジー	今後導入予定
日本	なし
ラオス	なし
マレーシア	導入

国名	導入(修正利用を含む)
モンゴル	導入
ニュージーランド	WHO/WFME基準
バブアニューギニア	導入
フィリピン	なし
韓国	一部導入
シンガポール	なし
ベトナム	WHO/WFME



まとめ

- ◎ 医師の国際間移動増加により、個人の能力評価だけでなく、国家間での医学教育の質保障を求める動向がある。
- ◎ WFMEグローバルスタンダードが、医科大学の教育質保障の基準として認められてきている。
- ◎ アジア・西太平洋諸国では、医科大学の教育質保障として外部評価を行う国が増えており、その基準としてWFMEグローバルスタンダードを利用・参考としている国多い。



- (3) 厚生労働省 臨床研修審査専門官 村岡 亮 先生
「ベトナムにおける保健医療分野の国際協力と医療人材育成」

1) 講演者略歴

- 所属・役職
厚生労働省臨床研修審査専門官
- 略歴
昭和55年 筑波大学医学専門学群卒業
国立病院医療センター内科研修医
昭和57年 同消化器科レジデント
昭和63年 米国ミシガン大学消化器内科リサーチフェロー
平成5年 同分子生物学研究部門講師
平成7年 国立国際医療センター国際医療協力局医師
平成10年 同派遣協力専門官
平成14年 国立国際医療センター運営部政策医療推進調整官
平成15年 厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室長補佐
平成17年 厚生労働省臨床研修審査専門官

2) 講演主旨

ベトナムにおける ODA ベースの国際医療協力は、1995 年よりホーチミン市にある国立チョーライ病院におけるプログラム方式技術協力を皮切りに本格的に開始された。チョーライ病院では、機材の供与、専門家の派遣、日本への研修生受入を通して、多くの医療人材が育成され、同病院の医療レベルの向上に寄与した。当プロジェクトの終了に伴い、その成果を広く南部の省病院に波及させるため、1999 年より現在まで、チョーライ病院スタッフの手による「現地国内研修」が進行中である。「現地国内研修」を通して、南部諸省の省病院・郡病院における医療レベルの向上が実現し、同地域住民の健康状態の改善が達成されとともに、大都市部病院への患者集中が緩和されることが期待される。チョーライ病院に引き続き、北部の国立バックマイ病院、中部の国立フエ病院でも、同様の病院プロジェクトが実施され、チョーライ病院と同様の手法で、地域の省病院へのプロジェクトの波及効果が期待されている。今後は、日本人保健省アドバイザーの関与のもと、同国の医療政策ビジョンとの整合を図りながら、上記3病院が主体となって密接な連携を行いつつ、指導者養成 (TOT) 機能の導入も含めて、国レベルの医療人材養成機能強化を図ることが計画されている。

3) 講演概要

- ベトナムは中国に隣接する国であるが、両国間には様々な利害の対立があり、米国とも戦争経験を有している。そうした中で、日本に対しては極めて良好な国民感情を持っている同国は、日本の ODA 戦略上極めて重要な国である。
- ベトナムの保健指標レベルはそれほど悪くないが、医療システムには様々な問題がある。例えば、省・郡病院の医療レベルが十分に高くなく、省病院から第三次病院に照会した場合の正診率は 75%、郡病院から省病院に照会した場合の正診率は 59%と、省・郡病院の誤診が非常に多い。結果として、都市の大病院への患者集中が起きている。また、GP（総合医）の地位が低いため、優秀な医師は大都市で専門医を目指し、GP は地方で勤務することが多い。
- ベトナムの医学教育システムはまだ発展段階である。日本のように卒後臨床研修は必修化されておらず、まだ必修化に向けた議論が行われているところである。
- ベトナムへの医療人材育成協力は 1995 年から始まり、チョーライ病院の臨床技術・病院管理能力の向上を目的とした技術協力プロジェクトを初めとして、3つの第三次国立病院を対象として行われた。また、第三次病院へ支援した内容を広く南部の省病院、郡病院へ普及することを目的として、第三次病院スタッフによる現地での臨床技能研修が行われた。
- チョーライ病院への支援については、目に見える短期的な成果のみならず、医療に対する価値観の変化や日越間の人脈形成など、隠れた成果があったことが、後続する支援を行う上においても重要であったと思う。
- 現地での研修については、研修を行う病院のニーズについて聞き取り調査を実施し、適確なニーズアセスメントを行うことが必要であると感じた。その際、真の Needs と個人的な Wants を明確に区別しつつ調査を行うことが重要である。研修の長期評価に関しては、適正配置（研修者が研修後に適切な職に配置されているか）や医療機材整備については高い達成率であったとの回答があったが、これらに比較して、他者への伝達研修の実施率はやや低かった。本研修は、研修で学んだ事を所属する病院内で広めることが目的であるだけに残念であり、今後解決すべき課題であろう。

- 今後は、3拠点病院が主体となり、省病院・群病院を対象とした、保健医療人材の質の向上プロジェクトを行うことが計画されている。新プロジェクトでは、各科横断的な研修や、卒後臨床研修の必修化も視野に入れた卒後ローテーション研修を行うことが想定されている。

4) 質疑応答

質問：SARS（重症急性呼吸器症候群）の時に、フランスが支援をしたと聞いているが、どのようなレベルの病院に支援を行ったのか。

回答：フランスの関与もあったが、日本も感染拡大防止に重要な役割を果たした。すなわち、SARS 患者発生時に、ハノイの国立バックマイ病院の JICA 病院技術協力プロジェクト（2000-2005 年、国立国際医療センターが担当）において、SARS 発生以前に病院職員に行っていた院内感染症対策研修が、結果的に SARS の同国内での感染拡大防止に有効に機能したとの指摘がある。

質問：フランス系、アメリカ系病院が現在果たしている役割を教えてください。

回答：宗主国であるフランスとの関係は深い。日本が支援する時には、そうした欧米諸国との関係も考慮して行っているが、各ドナーの事情により支援を行っている面もあり、ケースバイケースである。

質問：伝統医療の役割について教えてください。

回答：伝統医療に携わる医師は現在も数多く養成されている。5年ほど前に、保健省教育科学部の担当官と伝統医療についてディスカッションしたことがあるが、その時には、「伝統医療といっても、科学的な裏づけが説明できないと、今後世界的に通用していかないし、ベトナム国内でも地位も下がってしまう。伝統医療の中に、科学的根拠に基づく教育手法もう少し取り入れたい」という話があった。

質問：チョーライ病院では、かなり細かく専門分化した科に対して協力が行われたと感じたが、第三次病院から省病院、郡病院に技術を普及させる時には、専門分化した高度先進医療をそのまま移転することはできず、プライマリヘルスケアをより重要視する必要があると思う。この点に関して、教育内容の整合性をどのように考えられているか。

回答：おっしゃる通り、第三次病院の医療内容、医師の能力プロフィール、患者の種類を考えると、第三次病院が地域の病院を指導するというスキームは疑問に思う方もいると思う。しかし、先ほど申し上げた通り、研修前のニーズアセスメントをしっかり行い、研修内容に反映させれば、高度先進医療をそのまま移転するということには決してならない。研修を受けた医師が、所属先の病院に帰ってから、研修内容を生かせるように、研修カリキュラムを作成していると理解している。

ベトナムにおける保健医療分野の 国際医療協力と医療人材育成

国立国際医療センター
村岡 亮・秋山 稔・小原 博・正田良介

共同発表者プロフィール

秋山 稔 (あきやまみのる)

ベトナム国立チョーライ病院(ホーチミン市)JICAプロ技チームアドバイザー(1995-1999)

現ベトナム保健省アドバイザー(2007-)

小原 博 (おはらひろし)

ベトナム国立バクマイ病院(ハノイ)JICAプロ技チームアドバイザー(2000-2002)

元ベトナム保健省アドバイザー(2003-2008)

正田良介 (しょうだりょうすけ)

ベトナムバクマイ病院JICAプロ技短期派遣専門家(医学教育)

国立国際医療センター戸山病院 総合診療部長・教育部長

村岡 亮 (むらおかあきら)

ベトナムチョーライ病院・バクマイ病院JICAプロ技短期派遣専門家(医学教育・病院管理)

現厚生労働省臨床研修審査専門官

本日の内容

1. ベトナムの保健医療事情
2. ベトナムにおける国際医療協力 (ODAを中心に)
3. ベトナムにおける病院医療協力と人材育成 (医師人材育成を中心に)
4. 病院医療協力における成果の地方への普及 (現地国内研修プロジェクト)
5. ベトナムにおける指導医養成ワークショップの試み
6. 今後の展望

本日の内容

1. ベトナムの保健医療事情
2. ベトナムにおける国際医療協力 (ODAを中心に)
3. ベトナムにおける病院医療協力と人材育成 (医師人材育成を中心に)
4. 病院医療協力における成果の地方への普及 (現地国内研修プロジェクト)
5. ベトナムにおける指導医養成ワークショップの試み
6. 今後の展望

VIET NAM

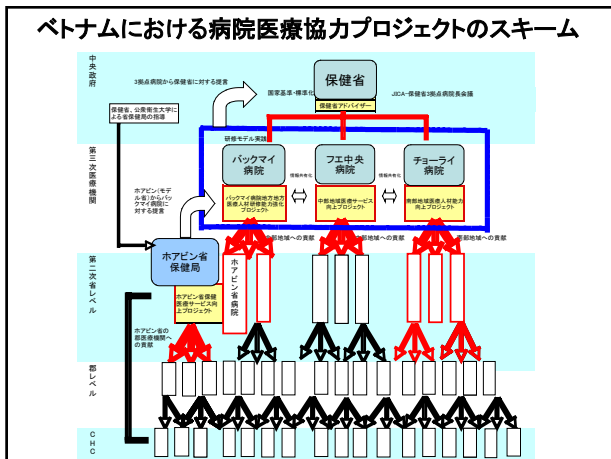
Surface area	329,000 km ²
Population	85,195,000
Capital	Ha Noi
Provinces	64
GDP per capita	US \$722
Life expectancy	71.3 y
IMR (per 1000l.b.)	17.8
MMR (per 100,000l.b.)	80
Total health expenditure	5.2% of GDP
Total health expenditure	US \$26 / capita
Urban resident	27.2%



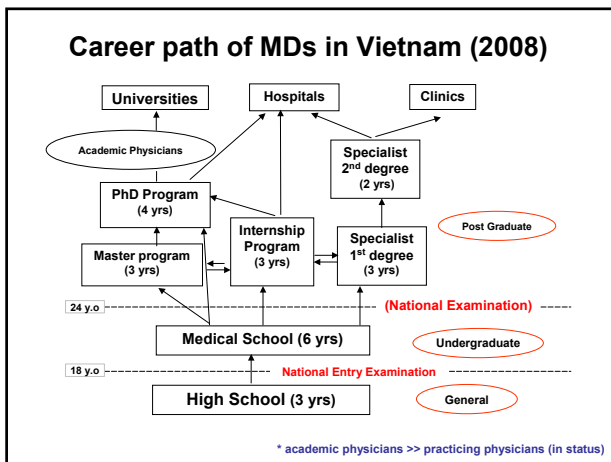
Health Service Provision and Workforce

Medical student quota:	3,500 - 4,000 / yr
Number of Medical Schools:	16
Medical Doctors:	52,413 (6 / 10,000 population)
Hospitals:	
Central level	37 (occ. 116%)
Provincial level	394 (occ. 98%)
District level	1,443 (occ. 85%)
Commune level	10,748
Diagnostic accuracy	
Central H from provincial / district H	75%
Provincial H from lower level	59%

Data from WHO Country Cooperation Strategy (2007-2011)



- ### ベトナムの病院医療システムにおける問題点
1. 都市の大病院への患者集中 (Bypass phenomena)
 - ・省・郡病院の医療レベルが十分に高くない(信頼低い)
 - ・カウンターリフェラルが十分機能せず
 - ・交通アクセスの改善
 2. 医師の大都市集中傾向 (病院勤務医の偏在)
 - ・成績の良い医師は大都市に残り専門医を目指す
 - ・大学病院・大規模総合病院医師→プライベート開業で有利
 - ・医師の子弟の教育問題、文化的な都市生活



- ### 本日の内容
1. ベトナムの保健医療事情
 2. ベトナムにおける国際医療協力 (ODAを中心に)
 3. ベトナムにおける病院医療協力と人材育成 (医師人材育成を中心に)
 4. 病院医療協力における成果の地方への普及 (現地国内研修プロジェクト)
 5. ベトナムにおける指導医養成ワークショップの試み
 6. 今後の展望

JICA Cooperation in Health Sector

Scheme of the Cooperation

- ・Grant Aid
- ・Technical Cooperation
- ・ODA Loan

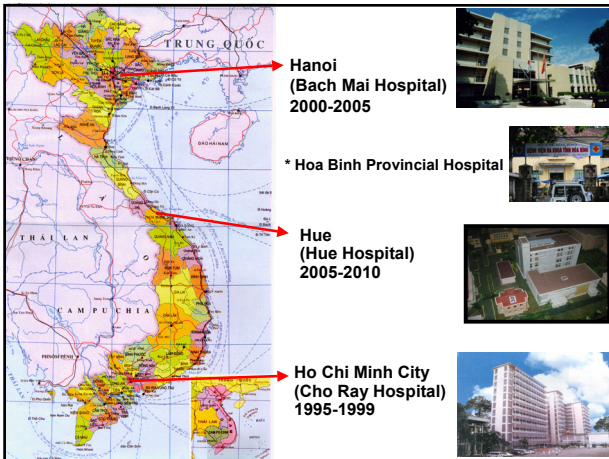
Category of the Cooperation

- ・Health System / Hospital-based Cooperation
- ・PHC / MCH / Reproductive Health
- ・EPI / Infectious Disease Control

Technical Cooperation Project

Apr.95-4yr	The Project on Cho Ray Hospital
Jun.97-3yr	The Reproductive Health Project in Nghe An Province (Phase 1)
Oct.99-5yr	In-Country Training for Southern Provincial Hospitals
Jan.00-5yr	The Bach Mai Hospital Project for Functional Enhancement
Nov.00-5yr	The Reproductive Health Project in Nghe An Province (Phase 2)
Sep.02-3yr	The Pilot Project for School-based Malaria and Soil-transmitted Helminthiasis in Thai Nguyen Province
Aug.04-5yr	Strengthening Capacity of Human Resources of Health Care Services in the Southern Provinces of Vietnam ★
Dec.04-5yr	The Project for Strengthening Health Services Provision in Hoa Binh Province ★
Jun.05-5yr	The Project for Improvement of Medical Service in the Central Region of Vietnam ★
Apr.06-3yr	The Project for Strengthening Capacity for Measles Vaccine Production ★
Apr.06-3yr	The Project for Capacity Development for National Institute of Hygiene and Epidemiology to Control Emerging and Re-emerging Infectious Diseases ★
Jul.06-3yr	Project for Capacity Building for Dissemination of Community-based Reproductive Health Promotion Approach ★
Oct.06-3yr	The Bach Mai Hospital Project for Strengthening Training Capacity for Provincial Hospitals ★

★: On going Project



ベトナムにおける病院協カプロジェクトの重点事項

保健省管轄下のトップリフェラル病院の組織マネジメント能力強化を通じた、

- 1. 三次医療機関としての基盤整備
- 2. 地域医療に対する貢献
- 3. 教育研修機能の充実

本日の内容

- 1. ベトナムの保健医療事情
- 2. ベトナムにおける国際医療協カ (ODAを中心に)
- 3. ベトナムにおける病院医療協カと人材育成 (医師人材育成を中心に)
- 4. 病院医療協カにおける成果の地方への普及 (現地国内研修プロジェクト)
- 5. ベトナムにおける指導医養成ワークショップの試み
- 6. 今後の展望

**MINISTRY OF HEALTH
Choray hospital**



最近の技術協カ

1995-1999;
チョーライ病院プログラム方式技術協カプロジェクト

1999-2004;
現地国内研修: 第1フェーズ
「臨床技術研修」

2004-2009;
現地国内研修: 第2フェーズ
「ベトナム南部地域保健医療人材能力向上プロジェクト」

背景: チョーライ病院プロジェクト

1995年4月から1999年3月

協カの目録

最終目標: 南部ヴェトナムの保健医療状況の改善

プロジェクト目標: チョーライ病院の南部最終紹介病院としての

臨床技術・病院管理能力の向上

- 協カ分野
- 1. 病院管理
 - 2. 脳外科疾患
 - 3. 消化器疾患
 - 4. 循環器疾患
 - 5. 腎疾患
 - 6. ICU

南部ベトナムへの貢献活動

セミナー開催(講義中心)

病院管理セミナー
脳外科疾患セミナー
消化器疾患セミナー
循環器疾患セミナー
ICUセミナー

マニュアル作成・配布

トレーニングコース(実技中心)

腹部超音波トレーニングコース
上部消化管内視鏡トレーニングコース
腹腔鏡下手術トレーニングコース
腎疾患・人工透析トレーニングコース

チョーライ病院プロジェクト



実際のカリキュラム

Goals & Objectives (SBO,GIO)/Strategy/EVの設定

4段階の履修ステップ(実技)

- Step1: 手技の内容が説明できる
- Step2: 指導下に実施可能
- Step3: 指導なしに自立して実施可能
- Step4: 他の医療者を指導できる

チョーライ病院プロジェクトの隠れた成果

1. 医療に対する価値観の変化
(数値で評価できない「医療の品格」に関する価値観の移転)
2. 日越間の強い信頼関係に基づく人脈形成
(長期的に大きなインパクトー日本の国際医療協力の美点)



本日の内容

1. ベトナムの保健医療事情
2. ベトナムにおける国際医療協力
(ODAを中心に)
3. ベトナムにおける病院医療協力と人材育成
(医師人材育成を中心に)
4. 病院医療協力における成果の地方への普及
(現地国内研修プロジェクト)
5. ベトナムにおける指導医養成ワークショップの試み
6. 今後の展望

Technical Cooperation Project for Health System / Hospital Activities

Cooperation to 3 core hospitals
(BMH, HCH, CRH)



Strengthening Capacity of Healthcare Workforces
In Provincial and District Hospital Level (North, Middle, South)



Nation wide project for Strengthening Capacity
of Human Resources of Health Care Services

現地国内研修:第1フェーズ 「臨床技術研修」

目的:
技術協力プロジェクトの成果を南部ヴェトナム地域
に広め, 同地域の保健医療レベルの向上を計る

実施期間: 1999年4月~2004年3月

協力分野

プロジェクト方式技術協力

現地国内研修

- | | | |
|----------|---|---------------|
| 1. 病院管理 | → | 1. 病院管理TC |
| 2. 脳外科疾患 | → | 2. 脳外科救急TC |
| 3. 消化器疾患 | → | 3. 腹部超音波診断TC |
| | → | 4. 上部消化管内視鏡TC |
| | → | 5. 腹腔鏡下手術TC |
| 4. 循環器疾患 | → | 6. 循環器救急TC |
| 5. 腎臓・透析 | → | 7. 腎疾患・人工透析TC |
| 6. ICU | → | 8. ICUTC |
| | → | 9. ICU看護TC |

7

現地国内研修:第2フェーズ 「ベトナム南部地域保健医療材 能力向上プロジェクト」

目的:
CRHで強化された医療サービスをベトナム南部地域の
省・郡レベルへ普及することにより同地域の住
民の健康状態が改善する

実施期間: Oct.2004-Mar.2009

8

現地国内研修(第2フェーズ) の協力分野・形式

今までの分野の継続

新たに追加

呼吸器内科
整形外科
耳鼻咽喉科

新しい形式

現地開催研修(省病院・郡病院)

現地開催研修 (On-site Training)

目的:
省病院でトレーニングコースを短期集中的に開催す
ることにより、省病院および近郊の郡(県)病院
の強化を計る。

現地開催研修時実施省

Lam dong, Tien Giang,
Tay Ninh, Long An, Cai Lay

2004-2006年度の実績

	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度
チヨウライ病院でのトレーニングコース(TC)	13	13	15	15	15
現地開催研修(省病院・郡病院レベル)	4	6	4	6	3
セミナー	2	2	2	0	3

2004-2006年度の研修コース参加者

		2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	Total
チヨウライ病院でのTC	研修者総数	230	184	184	179	777
	研修者平均	17.7	14.2	12.3	11.9	13.4
現地開催研修	研修者総数	74	273	169	202	718
	研修者平均	18.5	45.5	42.3	33.7	35.9
セミナー	研修者総数	446	59	254	-	759
	研修者平均	223	29.5	254	-	151.8

現地開催研修は参加が容易(時間・費用)

短期評価 研修修了者の評価

	評価したコース数/ 全コース数	Excellent	Good	Fair	Failed	Absent
2004年度	10/13	56 26%	100 47%	52 24%	1 0.5%	4 1.9%
2005年度	10/13	39 19%	103 51%	59 29%	2 1%	0 0%
2006年度	9/15	31 19%	75 45%	56 34%	3 1.8%	2 1.2%
Total	29/41	126 22%	278 48%	167 29%	6 1%	6 1%

長期評価(2007FY)

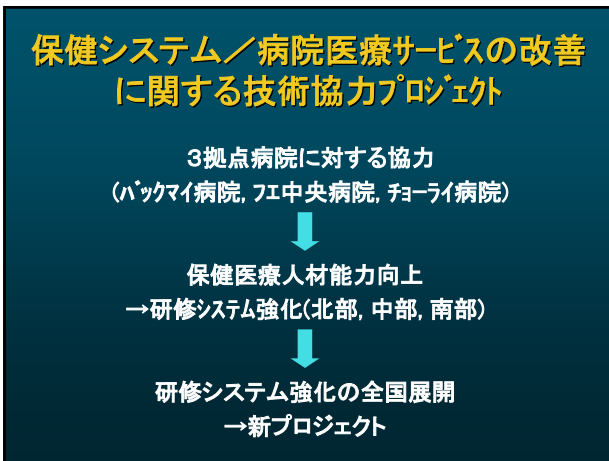
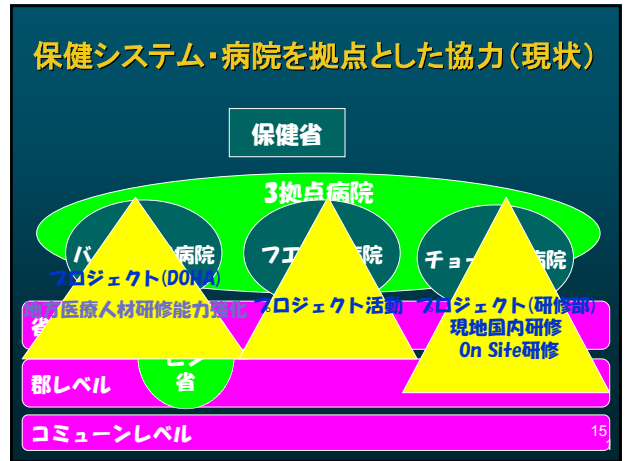
全体	研修修了者	回答者	回答率
	557	241	43%
適正配置	総回答数 241	適正と回答 209	適正配置率 87%
医療機材整備	総回答数 175	機材あり 146	機材整備率 83%
他者への伝達研修	総回答数 241	実施(+) 68	伝達研修実施率 28%
研究活動	総回答数 241	実施(+) 79	研究実施率 33%

Observation Tour 病院管理者へのインタビュー

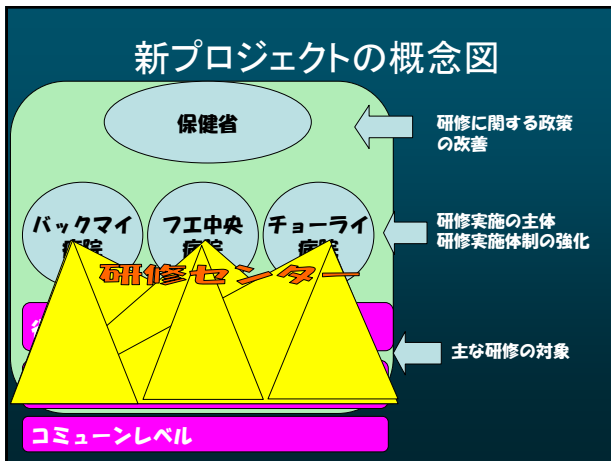
- 多くの分野で技術向上が見られた
(脳外科、ICU、呼吸器内科、腹腔鏡下手術、救急など)
- 研修受講者それぞれの診療レベルが確実に向上
- チヨウライ病院での研修、現地開催研修のどちらも有効
- 特に現地開催研修の有効性、効率性は顕著
- チヨウライ病院へ紹介しなくて良いケースが多くなった(特に脳外科)
- 問題点としては次の2項目があげられた。
機材の整備が十分でないこと
リファラルシステムが地域において機能していないことがある
- 独自予算で研修に送ることは可能であるがかなり限りがある
- 継続を強く望む

超音波診断研修コース





- 新プロジェクトの概念
1. これまで北部、中部、南部で実施されてきたプロジェクトの活動を保健省アドバイザーのレベルで統括し、効果的な研修を通して全国的な展開を行う
 2. 保健省と3拠点病院を主なカウンターパートとし、政策から実施までの協力を行う
 3. 主な裨益対象は省病院を中心とした地方病院医療従事者である
 4. 期待される成果としては主として「研修制度の改善と実施体制の強化」(医師臨床研修必修化を計画)



上位目標・プロジェクト目標

プロジェクト名(案)
保健医療人材の質の向上プロジェクト

プロジェクト目標
医療サービスシステム分野において有効な人材育成に関する政策・計画が保健省の主導で開発され、それら政策・計画の第一段階が3拠点病院において実施される。
(モデル的实施→全国均霑化)

想定される研修コース

一般的研修コース

1. 救急医療
2. 院内感染対策
3. 研修管理
4. 病院管理
5. 医療安全
6. サービスの質向上
7.

想定される研修コース

分野ごとの研修コース

1. 脳外科
2. 内視鏡
3. 小児科
4.

卒後ローテーション研修

1. 医師 (→臨床研修必修化)
2. 看護師
3. その他

本日の内容

1. ベトナムの保健医療事情
2. ベトナムにおける国際医療協力 (ODAを中心に)
3. ベトナムにおける病院医療協力と人材育成 (医師人材育成を中心に)
4. 病院医療協力における成果の地方への普及 (現地国内研修プロジェクト)
5. ベトナムにおける指導医養成ワークショップの試み
6. 今後の展望

From the spirit of
“Declaration of Alma Ata”
 WHO : 1978

In order to improve the health status of a given country, improving the ability of healthcare professionals is more important and effective than providing medical equipment.

For this end, **Training of Teachers or Trainers (TOTs) is seemingly “going a long way around”, however, it is actually the most effective and efficient way.**

指導医講習会

(TOTs: Training of Teachers or Trainers)

指導医はプライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会を受講していること
— 臨床研修に関する省令の一部改正に関する通知:平成20年3月26日 —

臨床研修指導医の資格要件(平成21年4月1日から適用)

1. 臨床経験7年以上
2. 厚労省の定める指導医講習会の修了

1. 指導医講習会

- ・ 医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針(平成16年3月、厚労省)
- ・ 原則2泊3日のワークショップ形式、合計16時間以上
- ・ 厚労省医政局長名の修了証書授与
- ・ 参加者:約29,000名(平成15年6月→21年2月)

2. プログラム責任者講習会(医療研修推進財団)

3. 平成15年6月以前の指導医講習会修了者の取扱

- ・ 医学教育者のためのWS(医学教育学会「富士研WS」) → OK
- ・ 臨床研修指導医講習会(医療研修推進財団) → OK
- ・ 大学または病院団体等の行う指導医講習会 → 個別判断

良い臨床研修病院:3つの条件

■ 症例の数と多様性(急性期病院として力量):

- ・ 急性期総合病院としての基盤は?救急・新規症例数は十分か?
- ・ 研修医1人あたりの症例数、手技数、手術数などは十分か
- ・ 内科、外科、救急の研修はできるだけ管理型病院で

■ 充実した指導体制・指導医の力量と熱意:

- ・ OJTとして個々の症例を振り分け生かす指導医の力
- ・ 第一に指導医の臨床力、第二に教育理論に裏付けられた指導技術
- ・ 全指導医のうち指導医講習会修了者の割合は?

■ 研修システムをマネジメントする力:

- ・ 幹部職員の臨床研修へのコミットメントはあるか?
- ・ スタッフ(ヒト)、研修施設・設備(モノ)、予算(カネ)は十分か?

ワークショップガイド(オリジナル)

日本医学教育学会FD小委員会編



ベトナムチョーライ病院における 指導医ワークショップについて(1)

名称	Workshop on Training of Trainers for Medical Educators
目的	ベトナムの主要国立病院及び各省病院における指導体制の充実(臨床研修必修化を控えて)を図るためのモデル指導医講習会
日時	平成20年11月11日-20日(準備11-15日、ワークショップ17-19日)
場所	ベトナムホーチミン市
主催	ベトナム国立チョーライ病院(保健省)
スポンサー	JICA(ベトナム南部医療人材育成プロジェクト) 国立国際医療センター(国際医療協力研究委託費←厚労省)
後援	日本医学教育学会
対象者	ベトナムの基幹国立病院・省病院の医師(3グループX10人=30人) ベトナム側は南部:中部:北部=2:1:1の割合
その他	1)基本は現在の我が国の厚労省の行う指導医講習会開催指針に準拠 2)ワークショップは英語およびベトナム語で行う 3)教材は医学教育学会の「医療ワークショップガイド」を英・越訳して使用

ベトナムチョーライ病院における 指導医ワークショップについて(2)

タスクフォース(ファシリテータ):

- 伴信太郎(日本医学教育学会会長、名古屋大総合診療部教授、チーフタスクフォース)
- Dr. Hoang Hoa Hai(チョーライ病院教育部長、チーフタスクフォース)
- 木下敦子(初台リハビリテーション病院院長、内科)
- Dr. Nguyen Ngoc Bich(チョーライ病院教育部副部長)
- 松村 明(筑波大附属病院、総合臨床研修センター部長、脳神経外科教授)
- Dr. Le Ngoc Hung(チョーライ病院生化学部副部長)
- 石松伸一(聖路加国際病院、救急部長、教育・研究センター教育研修部長)
- Dr. Nguyen Huu Thien Chi(チョーライ病院一般外科副部長)

事務局:

- 正田良介(国立国際医療センター、教育部長、事務局総括)
 - 扶元良広(国立国際医療センター、外科医長、総括補佐)
 - 村岡 英(国立国際医療センター、研修教育医長、事務局)
 - Mr. Lam Dinh Tuan Hai(看護師、チョーライ病院教育部スタッフ)
- ※ベトナム人と日本人とはペアで業務を行う

アドバイザー:

- 小原博(国立国際医療センター、委託研究費20指2 主任研究者)
- 秋山敏(国立国際医療センター、ベトナム保健省アドバイザー)

本日の内容

1. ベトナムの保健医療事情
2. ベトナムにおける国際医療協力
(ODAを中心に)
3. ベトナムにおける病院医療協力と人材育成
(医師人材育成を中心に)
4. 病院医療協力における成果の地方への普及
(現地国内研修プロジェクト)
5. ベトナムにおける指導医養成ワークショップの試み
6. 今後の展望

将来への展望(夢)

1. 近隣諸国(カンボジア、ラオスなど)との医療人材育成における相互乗り入れ
2. 日本の卒前教育・卒後研修との単位互換
3. ベトナムにおけるローテーション方式による医師臨床研修必修化(2006年の保健大臣覚書があるが・・・)



- (4) 東京大学医学教育国際協力研究センター 大西弘高 講師
「ラオスにおける医学教育拡充の取組み」

1) 講演者略歴

○ 所属・役職

東京大学医学教育国際協力研究センター 講師

○ 略 歴

平成 4年 奈良県立医科大学卒業

4年 天理よろづ相談所病院

平成 9年 佐賀医科大学附属病院総合診療部

平成12年 イリノイ大学医学教育部

平成15年 マレーシア国際医学大学医学教育研究室

平成17年 東京大学医学教育国際協力研究センター

2) 講演主旨

2007年12月より開始されたラオス国セタティラート大学病院医学教育研究機能強化プロジェクトは、大学病院での臨床実習・卒後初期研修を改善するプロジェクトである。このプロジェクトへの取り組みを中心に、開発途上国における医師養成を援助する枠組みについて述べる。

3) 講演概要

- ラオスは、経済レベルや保健医療レベルにおいて、ベトナムと大差ないと思っていたが、村岡先生のご講演を伺い、1000床級の病院があるベトナムと比べ、ラオスには最大350床の病院しかなく、中央病院の機能がかなり劣っていると感じた。
- セタティラート大学病院は、ラオスに4つある大学病院の1つだが、そこで働く医師は、大学病院の教員ではなく、市立病院の職員という意識が強いため、いかに教育病院としての機能を高めるかということが課題である。また、タイ国境まで20分という地理条件により、富裕層が国境を越えてタイの医療を受けることが多く、ラオスの病院の機能を高めることに注力されてこなかった、という背景がある。
- セタティラート大学病院で研修を受けた後、総合医として地方で働くことができる医師を育成するため、基本的臨床能力を向上させることを、プロジェクト2年次の第一の課題とした。その1つとして、医学教育ユニット(MTU)を作り、後期研修医自身による回診、後期研修医との管理回診、指導医を含めた教育回診の3種を行うことで、多忙な指導医のスケジュールに左右されない研修体制を導入した。また、MTUなどを他病院へ普及させるために、セミナーや教員研修を実施した。
- プロジェクトの運営管理として外部評価を行ったところ、セタティラート大学病院は4つの中央病院の中で、中庸以上の評価であった。今回の評価は我々が中心となって行ったが、今後はラオス側が行っていく予定。
- プロジェクトの根本的な課題として、病院の教育としてこの方向性で良いのかということがある。WHOが策定したプライマリヘルスケア主導型システムにおいては、第一に持続的な人間開発、第二に保健システム構築が重要となっており、プロジェクトで行っているプライマリヘルスケアサービスは重要視されていない。プライマリヘルスケア促進のためには、こうした枠組みを常に考慮する必要がある。

ラオスにおける 医学教育拡充の取組み

大西弘高, 錦織 宏, 北村 聖
東京大学医学教育国際協力研究センター



背景と目的

- 1999～2004年セタティラート病院機能強化プロジェクト
- 2000年無償資金協力で病院全面改装
- 2004年9月市立病院からラオス国立大学の大学病院に
- 2007年ラオス国立大学医学部・歯学部は独立して保健科学大学に
- 東京大学医学教育国際協力研究センターは、システム科学コンサルタンツとの合同企業体でラオスセタティラート大学病院医学教育研究強化プロジェクト(2007年12月から36ヶ月間)を受託し、実施開始



プロジェクト目標

- セタティラート病院において医学部学生の臨床実習および医学部卒業後2年以内の卒後早期臨床研修の質が改善される
- アウトプット
 - セタティラート病院の教育病院としての機能が改善される
 - セタティラート病院において研修管理体制が改善される
 - 臨床研修指導担当医の能力が強化される



病院概要

- 180床
- 内科・小児科・外科・産婦人科
- 各種検査
- 消化管内視鏡
- X線, US, CT



臨床実習実質化の難しさ 文部科学省「医学教育カリキュラム検討会」 第4回会議2009年3月13日より

- 東京大学医学部附属病院看護部長栄木実枝氏、全国の国立大学の看護職に聞いた上での発言。
- 現状: (1)実習期間が不明, (2)指導教官が不明, (3)受け持つ患者が不明
- 医学教育の不明点: (1)技術教育の内容, (2)臨床実習で何を学ばせているのか(指導教官が何をどのように学ばせているのかが分かりにくい, また他職種への周知・連携が不十分), (3)卒業時点での技術の到達度評価のあり方。
- 学んでほしい事項: (1)社会人としての基本的なマナー, (2)チーム医療の実践, (3)患者を全人的に捉える訓練



ベースライン調査で判明したこと

- 基本的臨床能力の弱さ: 面接・診察...
- 論理的な思考の弱さ: 読書・議論...
- 教材や本の少なさ: 学ぶための言語...
- 卒前で学生数の急増と卒後家庭医療プログラムの人数伸び悩み



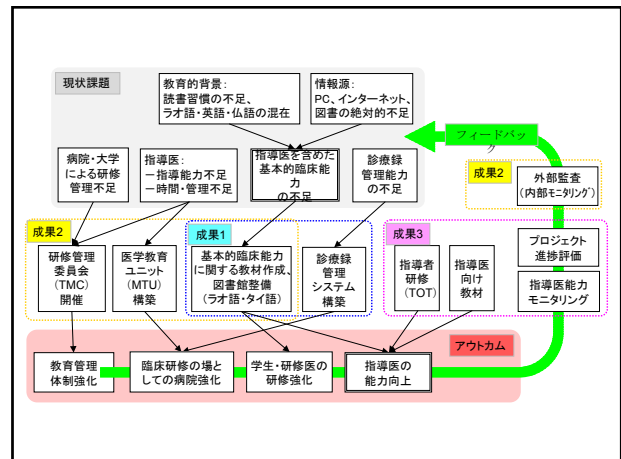
PDMにおける目標と現状とのズレ

例) EBMの実施

- そもそもラオスの現状におけるEBMとは？
- コンピューター・インターネット・医学雑誌がない
- 上の者が言ったことに議論を挑む文化もない

例) 診療録管理ができなくなった

- 診療録保管: 手狭な施設
- コンピューター管理: 故障→サステナビリティ×



2年次の課題

- 基本的臨床能力(Basic Clinical Competencies: BCC)の基盤が弱く、病歴や診察で診断に迫る能力は不十分
- 症例プレゼンテーションにより臨床情報を共有して教育を進めるにはBCCが不可欠
- 患者中心の医療、学習者中心の教育を同時に推進する
- 研修管理委員会の立ち上げと現場での指導介入



2年次活動の中心

- 患者中心の医療と学習者中心の教育
 - ビジョン・ミッションステートメント
 - Medical Teaching Unit(MTU)モデル
- 症例プレゼンテーション
 - 回診・カンファレンス時の伝達ツール
 - ガイドブックの作成
- 基本的臨床能力(BCC)
 - 研修施設建設までは現場指導
- 研修管理委員会
 - 年度当初より稼働



ビジョン

セタティラート病院の医学教育ユニット:
患者中心の診療に向けた学習者中心の教育

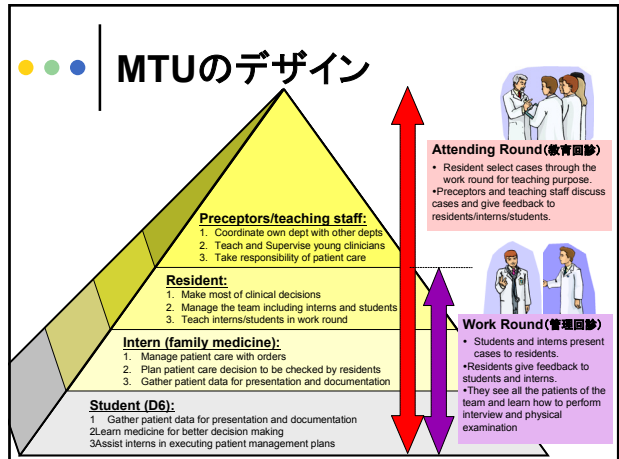
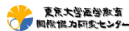


ミッション(理念)

- 医師と医学生のチームにおいて、研修生に症例プレゼンテーションとその後のディスカッションによる指導をすることは最も効果的かつ効率的な方法である。しかし、症例プレゼンテーションの内容が信頼できない場合、症例プレゼンテーションやディスカッションの意義は薄れてしまう。この理由から、コミュニケーションスキル、病歴聴取、身体診察技法といった基本的臨床能力が臨床を学び始めるための鍵になる。

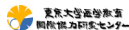


□ 医学教育ユニット(MTU)は、患者さんを診療すると共に、若い医師や医学生を教えるためのチームである。MTUにおける小グループ学習は、互いに刺激を与え、動機づけるための小さなコミュニティを形成する。症例プレゼンテーションにおいて、病歴や身体所見といった情報の量や順序は、聴衆がすんなりと理解できるように標準化されるべきである。もし、MTUが患者さんのためにも研修生のためにも上手く作用するならば、指導医は若い医師や医学生に業務を任せられるようになる。MTUが有用かつ役立つようにするには、基本的臨床能力が鍵となる。



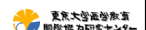
3種の回診

□ **個人回診:** 初期研修医が管理回診前に自分で身体診察を実施
 □ **管理回診:** 後期研修医は初期研修医と共にチーム内の全患者を診療
 □ **指導回診:** 後期研修医は、指導に適した症例を選び、指導医に紹介



毎日のスケジュール例

	医学生	研修医	指導医
7:30- 8:00	個人回診	---	---
8:00- 8:30	個人回診	朝のレポート	朝のレポート
8:30-10:00	管理回診	管理回診	業務
10:00-12:00	教育回診	教育回診	教育回診



● ● ● 学生による診療録記載



19

● ● ● 症例プレゼンテーション ガイドブック

- どういう内容をまとめればよいかを科毎にまとめてラオ語で出版
- 指導医・研修医・学生に配布開始
- 診療録内容とも合致
 - 後に診療録フォーマット変更につながった



● ● ● 研修施設と教育機材

- 建物は完工



- 教育機材は春～夏にかけて調達予定

21

● ● ● 普及活動

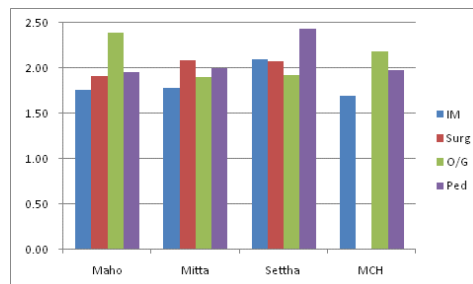
- セミナー(2回)
 - 9月(2日間): MTUに関する議論
 - 10月(半日): MTU・学習者評価の講演
- Training of Trainers(2回)
 - 11月(3日間): 臨床実習の計画づくり
 - 2月(3日間): 教育理論及び教育技法

● ● ● 保健科学大学教務部による 指導医評価(12月)

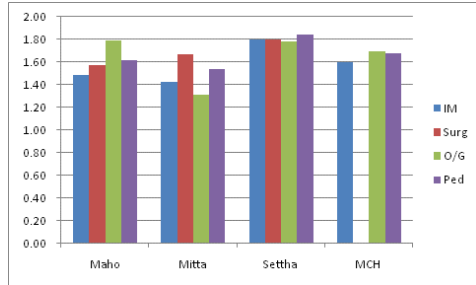


23

● ● ● 再委託による外部評価(2月) 指導医評価



再委託による外部評価(2月) コース運営評価



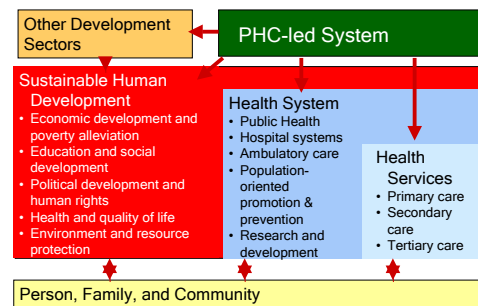
再委託による外部評価(2月) フォーカスグループ

- 医学生
 - 忙しいがやり甲斐がある。指導医とのやり取りが増えることを期待
- 研修医
 - 指導的な役割を担うことは歓迎
- 指導医
 - もっと教えたいと思っているものの、保健省などの業務に時間を取られている

全体的な所感

- 現状ではプロジェクトとしては順調
- 3年次に教材や機材が多数入るため、利用を促すことが大きな課題
- 病院の教育としてこれでよいのか？
 - 重症患者・金持ちはタイに行ってしまう
 - 病院の向上と地域医療への裨益
 - 家庭医療プログラムへの保健省の支持の弱さ

Representation of a PHC-led Health System



3年次への課題

- 病院と大学を通じて、基本的臨床能力を伸ばすための教育の普及を図る
- 大学には地域基盤型医学教育モデルも強化してもらうように働きかけ
- 保健省には家庭医療・地域医療などに目を向けてもらうための議論

5. 第二部 パネルディスカッション

「開発途上国における医療人材育成の促進に向けた提言」

- 司会： 東京大学医学教育国際協力研究センター大西弘高講師
- 冒頭コメント：国際協力機構人間開発部保健行政課 渡部晃三課長
- パネリスト： 東京女子医科大学 医学部医学教育学 吉岡俊正 教授
厚生労働省 臨床研修審査専門官 村岡 亮 先生

パネルディスカッションの始まりにあたり、国際協力機構人間開発部保健行政課 渡部晃三課長より、開発途上国における医療人材育成の促進についてのコメントを述べた。

- 開発途上国の保健医療人材の課題は、それ単体で解決することはできず、保健システム全体の中の一つの要素として、保健システムを構成する他の要素も踏まえながら考えていく必要がある。例えば、人材育成した後の就職先の確保、給与の財源の確保、行政による人材育成/配置計画、資格制度の整備、看護師や保健師の業務規定、カリキュラムの標準化等を同時に検討する必要がある。
- 多くの開発途上国において、保健医療人材に携わる省庁は複数あり、人材育成についても、初期教育は（高等）教育省、育成後の人材活用や継続教育は保健省、雇用や処遇などの財務的な問題は財務省、といったような業務分担がなされている。課題を円滑に解決していくためには、省庁間の調整を行うことが重要である。
- JICA には多様な協力学キームがあり、上手く活用することが重要である。例えば、村岡先生のご講演にあったベトナムの事例でも、無償資金協力による拠点病院の建設、拠点病院から地方病院への展開のための現地国内研修、技術協力による技術協力プロジェクトや日本人専門家派遣など複数のスキームを活用している。また、例えばアフリカのフランス語圏では、日本人の専門家の確保が難しいという事情も背景として、ある国に無償資金協力と技術協力で支援した施設に協力してもらい、同じアフリカフランス語圏の他の国の保健人材を育成するということもある。
- 保健医療人材に関する国際協力における大学の強みとしては、人格形成も含めた長期的な人づくり（教育）、エビデンスに基づいた教訓の検討と発信（研究）、国際的な大学間・学会のネットワークの個々のプロジェクトへの活用などが挙げられる。

保健医療人材に関する 国際協力の現場での取り組み

- その国の「保健システム」(保健医療サービスの基盤となるヒト・モノ・カネ・情報・マネジメント等)全体の中で、「保健医療人材」の課題とその解決策を考える。
- 現場のプロジェクト間の連携(医学教育・看護教育・保健分野の国家プログラム支援のプロジェクト)。
- 相手国の保健医療人材育成計画の策定を支援。
- 相手国の省庁間を超えた調整を支援(教育省、保健省、財務省等)。
- 多様な協カスキームの活用(技術協力、資金協力によるインフラ整備等)と、現地・第三国の人材を活用。
- 他のドナーとの重複回避と、積極的な連携。

1

保健医療人材に関する国際協力における 大学の「強み」と大学への「期待」

- 教育の視点(長期的な人づくり、教育の評価)。
- 研究機能(データ等の根拠と共に教訓を発信)。
- 国際的な大学間・学会のネットワーク。
- 卒業生のネットワーク、協力隊OB等の進学、学生が国際協力に関心をもつ(現在と将来の担い手)。
- 大学の多様な学問領域(行政能力の強化等)。
- 計画管理等の国際協力ノウハウを持つコンサルタント企業との連携により、総合力が高まる。

2

次に、開発途上国における医療人材育成の促進について、参加者からの質問を受けるとともに、パネリストが討論を行った。(以下、敬称略)

参加者：第一部の講義を聞いて、国際保健においても地域医療が難しいということを学んだ。ラオス、ベトナムにおいてはバイパスフェノミナン（医師の国外への流出）が起き、地域の病院が育っていない、また、吉岡先生の講演ではグローバルスタンダードの設定によって途上国の医師が先進国へ流出しかねない、ということだった。こうした途上国の現状は、日本で起きている地域医療の問題、つまり、マッチングによって都市部に若い医師が流れ込み、地方部の医師不足が深刻化するという問題と非常に良く似ていると感じた。このような地域医療の問題を解決するための方策があれば教えて頂きたい。

村岡： 地域医療はとても大きな課題であり、日本の現状の問題が解決されていないので、良い方策があるとは言えないが、これまでの経験からいくつか重要な方策を挙げたい。まず、行政の長期的なビジョンを確立すること、それに応じた医療人材育成を行うことである。そのためには、地域ごとのニーズ、医療以外の地域のニーズも含めたニーズを把握することが重要である。また、医師がどのようなインセンティブで動いているか考えることも重要であろう。

吉岡： 非常に良い質問である。日本の医師偏在の問題と国際間の問題に共通点があることが本日お分かり頂けたと思う。一つには、Globalization と Internationalization とは何かという問題があり、有名な「レクサスとオリーブの木 ～グローバル化の正体～」（トーマス・フリードマン著）にもあるように、Globalization は Americanization を意味している。日本において地域医療とはどのようにするべきか、日本が国際協力をするメリットは何か、ということを考える必要がある。

渡部： 地域医療の問題は国際協力においてよく直面する課題である。JICA は、相手国の政策を尊重しながら、基本的に、「そこにあるものを生かす」「機能していないものを機能させる」という姿勢で、対応してきた。適切な医療サービスを地方部で提供するには、医師を地方部に配置させる必要があるが、現実には、給与や治安の問題によって、医師はあまり地方部に行きたがらない。そこで、相手国の政策と合致する場合には、現場で定着している看護師の役割を見直して、本来医師が行う業務を看護師に任せるなど、現場にいる人材の活用を行うなどの取組みを行っている。その際、保健省とも協力しながら、看護師の業務規定という制度面の変更を行うのが重要である。

大西： 吉岡先生のご講演にあった WFME に関しては、「科学のおよび倫理的に高い水準の医療を提供する」という方針が書かれており、「西洋医学を主とし伝統医学を従とする」というニュアンスが行間に読み取れる。これについてはとても深い印象を持った。どの国も科学的な方法論には従いたいという気持ちはある一方で、どの国でも成り立つものなのか、と考えると、哲学的、思想的には難しい問題だと感じた。各論的には、渡部課長がおっしゃったように、それぞれの現場に既にあるものを最大限生かすという事になるだろう。

参加者： 医学教育について卒前教育と卒後教育を一貫して考えるのは、途上国の看護教育においても重要なことだと思う。途上国では医師の役割が日本以上に大きいので、医師が他職種を適切に評価したり、ラオスのように人を全人的にとらえたりすることが大切になる。そのためには、卒前教育において、どの職種にも必要なことを医師に教えることが重要になってくると思う。そこで、卒前教育に求められる指導医の資質と卒後教育に求められる指導医の資質はどのように違うのか教えて頂きたい。

大西： ラオスのプロジェクトでは、卒前・卒後教育ともに、指導医の資質は同じ位置づけで行っている。プロジェクトを円滑に行う上で追い風となったことの一つとして、ラオス国立大学が保健科学大学に変わった時に、管轄する省庁が教育省から保健省に変わり、保健省が卒前教育から卒後教育まで一貫して管轄するようになったことが挙げられる。

吉岡： 卒前教育をどこのレベルまで含めるかによって多少違いが出てくる。我々は、準備教育、基礎教育までを卒前教育に含めているが、臨床教育が始まる前の指導医は少ない。臨床教育は、卒前教育も初期研修も同じ視点で行えるといだろう。

村岡： ベトナムでは、卒前教育を担当する指導医の教育システムが確立されておらず、実地臨床教育の内容は不十分である。よって、卒前教育を担当する指導医層の現状を反映して、専門医もしくは Academic Physician を画一的なロールモデルとしての教育が行われているようである。したがって、ベトナムに限らず、多くの途上国で、幅広い臨床能力を有する医師を養成しようとするのであれば、卒前・卒後教育を橋渡しするような教育者の存在が必要であろう。

渡部： アフガニスタンでは、当初、卒前教育のために学生を受け入れる病院が不足していた。教育省は保健省管轄の病院を使いたいと考えていたが、二省の連携がなかなか円滑にいかなかった。東大に協力いただいた技術協力プロジェクトが間に入って、3年ほど経って徐々に二省の関係が円滑化し、入学試験や卒後教育カリキュラムについても、二省の協力関係が高まった。

参加者： 第三国研修や現地研修は、少ないコストで多くの人々にノウハウを伝授するという意味で効果的な研修だと思うが、研修の質の担保のためには教える側のインセンティブを十分に持たせることが重要になると思う。この点について、JICA はどのような工夫をしているか。

渡部： 初めから第三国に適切な協力機関があるわけではない。まずは、日本がその協力機関に対して支援をしてきた長い歴史と協力機関のスタッフとの信頼関係が必要である。その次のステップとして、「これまで支援を受けてきたことを、今度は地方部や他国にも技術移転したい」という協力機関の熱意が必要である。自分が教える側になることで、今度はいかに上手く教えるかという一つ上のレベルになり、そのことが教える側のインセンティブにもなることも見受けられる。

大西： アフガニスタン医学教育プロジェクトでは、マレーシアにおいてアフガニスタンの教員に対する第三国研修を行った。以前に私がマレーシア医科大学で働いていたことから、研修の実施を依頼してみたところ、二つ返事で回答があった。おそらく、同じイスラム国家として苦しんでいる国を助けたいという感情があったのだと思う。また、第三国研修の円滑な実施のためにはマレーシアの JICA 事務所による便宜供与などが必要となるが、JICA 事務所は協力を快く引き受けてくれた。その背景には、マレーシアが既に援助卒業国であり、プロジェクト数が減っていたことがあるかもしれない。いずれにせよ、マレーシア、日本の双方にとって Win-Win の研修となった。

参加者： 行政マネジメントの強化については、他ドナーも取り組んでいると思うが、JICA として、日本として、どのようなポイントを重視して取り組んでいるか。マネジメントの具体的な手法などあれば教えて頂きたい。

渡部： どの場合にもあてはまる処方箋があるわけではないが、JICA として一つ貫いていることとして、「人づくり」を重視し、それを通じて組織能力強化に取り組んでいることが挙げられる。人づくりを切り口として、短期間ではなく長期間にわたり、様々な協カスキームを組み合わせて根気のあるプロセスを踏んでいくことが、行政マネジメントの強化に必要だと思う。

参加者： 医師が足りない地方部では、医師の業務を看護師など他職種が行うというお話があったが、医師から他職種へタスクシフティングをする際に留意すべき点について教えて頂きたい。

村岡： まず、医師が、医師と看護師との間の業務内容、要求される能力、価値観の違いを知ることが原点であり、そのためには医学生に対して早い時期に看護実習を行うことも選択肢として考えられる。医学生の価値観が固定してしまう前に、異職種の価値観を知るためのカリキュラムを医学教育の中に取り入れることが重要である。その次に、医療機関が効率的に運営されるために、境界業務をどのように分担するか、隙間をどのように埋めるかを検討する必要がある。それは、当然、医療機関や現場の事情によって異なるものになるだろう。

吉岡： 現場においては、各職種がやるべき業務についての既成概念をいったん全て棚卸しして、現場のニーズやスタッフの能力を考えて、新しい業務分担を考え直す必要があるだろう。国によって各職種の分担業務は異なるので、受けてきた教育にとらわれず、その場の状況に合わせて業務を考えて、できればパイロットで行ってみるのがいいだろう。日本においても、僻地医療に地域の看護師が入り、お互いの業務を補完しながらタスクシフティングの可能性を探るといった事例がある。

大西： 医師が専門分化していく中で、「私の専門分野の患者ではありません」と言う医師が増えていると思うが、医師ができること、できないことをあまり明言しないほうがいいと思う。「この患者は自分が引き受けなければいけない」という気持ちをすべての職種の医療者が持ち、そういう気持ちを持てるようなコミュニティ作りをすることが必要だと思う。そのような気持ちは、患者のニーズから起こるものであり、常に、患者を中心に考えながら仕事をするような環境作りが必要だろう。

6. 閉会のあいさつ

年度末のお忙しい中、お集まり頂きましてありがとうございます。活発なご意見やディスカッションがあったが、まとめとして三点ほどコメントさせて頂きたい。

一点目は、第二部のパネルディスカッションにおいて、参加者から地域医療の崩壊について質問があった時には非常に驚いた。地域医療の問題は、世界中で起きている問題であり、それだけで議論しても数日間必要なくらい答えのない問題である。そのような問題に真正面から質問があったことは驚きである。

村岡先生がおっしゃった通り、地域医療の改善に必要なものは国によって全く異なる。インフラが整備されていないラオスには高速道路の建設、いまだ紛争が絶えないアフガニスタンには治安の改善が必要であろう。一方、全国が地デジで結ばれる日本では、どこに僻地があるのだろうかという気持ちになる。同じ「地域医療」という言葉でも、国によってその意味は全く異なる。重要なのは、それぞれの地域医療について真剣に考え、情報交換することであろう。

そうした中、日本では、「スキルミックス」や「タスクシフティング」と言われる異職種間の業務分担を行い、医療者のスキルを最も有効に使うための努力がなされている。日本のように、高度に資格化された社会では、「〇〇の資格を持った人が△△を行う」と法律に基づいた決定をしがちであるが、法整備が十分でない途上国の場合には法律論は成り立たない。現場のニーズに応じた柔軟な対応が必要であろう。

二点目は、牛尾先生がおっしゃられた「国際協力は何のため？」という問いについて深く考えた。この問いを保健セクターにおいて考えると非常に難しい。なぜなら、世界中の人々に健康を、という目的はまっとうであるが、日本の色を出すことも考える必要がある。中国などの国々は、資源確保や国連での一票獲得といった戦略的な目的のもとで、アフリカへの援助を加速させている。一方で、日本はボランティア精神が強く、戦略が見えない気がする。もっと日本の色を出す国際協力のあり方を考える必要があるだろう。

三点目は、国際協力や教育協力には非常に時間がかかるということを改めて伝えたい。例えば、金融市場では1日で目まぐるしく状況が変わり、一社の倒産を引き金に、数日で世界の株価が3、4割落ちるといった金融崩壊が起きた。しかし、国際協力や教育協力の成果は金融システムのように1日では出せない。現在実施しているラオスでのプロジェクトも、文章では成果を書くことはできるが、本来目的としているラオスの医療改善、医療者の質の改善の成果は10年後、20年後にならないと分からない。このように教育分野での国際協力は非常に長期的なお話だということをご理解いただきたい。

以上をもって、閉会のあいさつに代えさせて頂きたい。この後の情報交換会でも、ぜひ引き続き議論して頂ければと思う。本日は誠にありがとうございました。

(東京大学医学教育国際協力研究センター 北村 聖 教授)

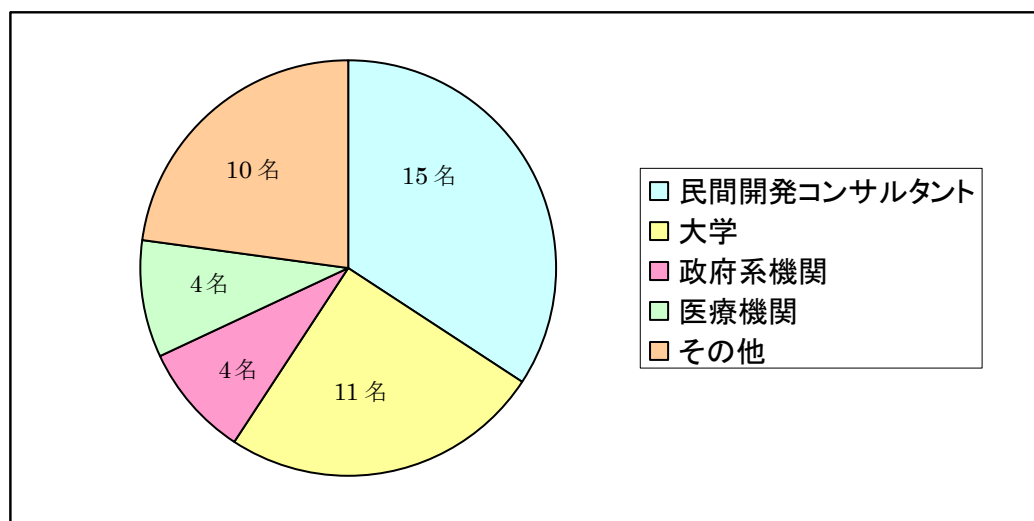
7. 出席者

(1) 出席者総数

フォーラム出席者：44名

情報交換会出席者：19名

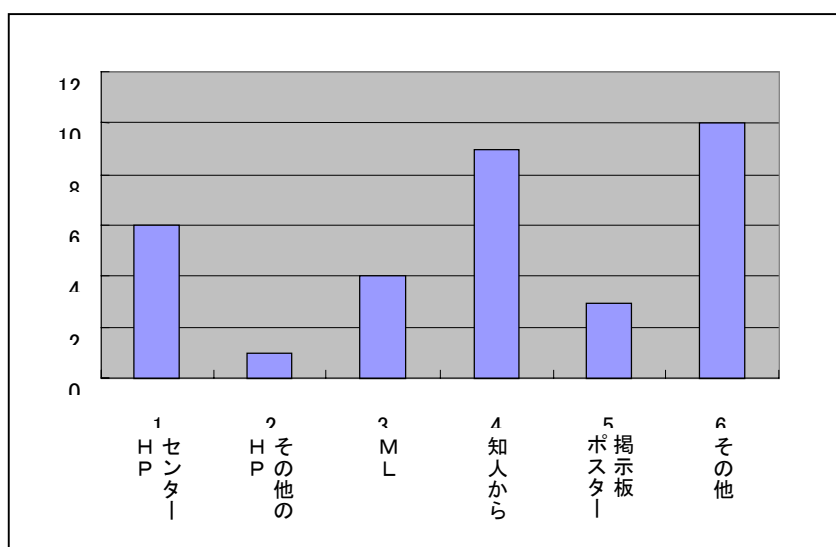
(2) 職種別フォーラム出席者数



8. アンケート調査結果

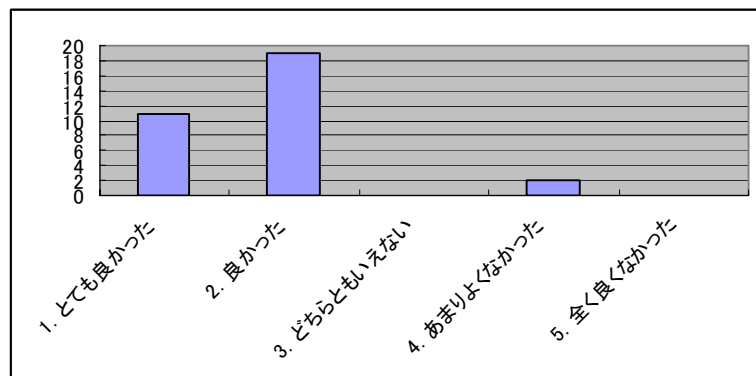
参加者の皆様のうち、33名の方々にアンケートにご回答頂きました。ご協力ありがとうございました。アンケートで頂いたご意見、ご要望を真摯に受けとめ、今後のフォーラムの運営や当センターの活動の改善に生かしてまいりたいと思います。アンケート調査結果は以下の通りです。

(1) 第8回医学教育国際協力研究フォーラムについてどこでお知りになりましたか？



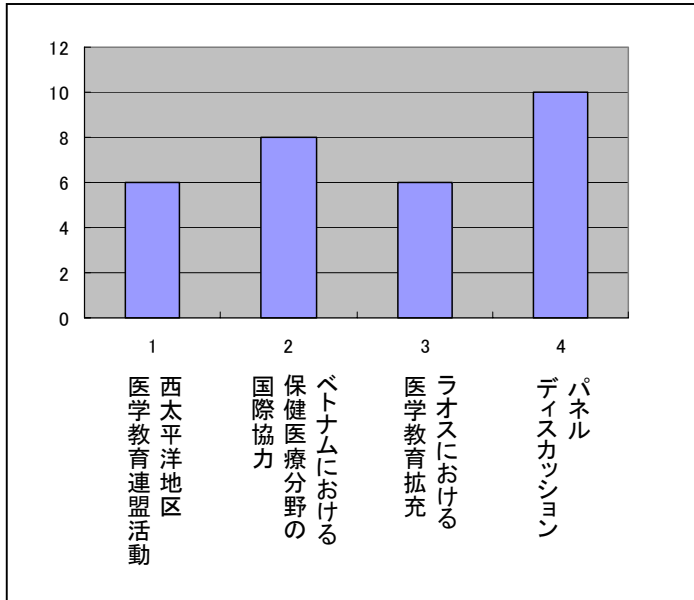
※ その他…(職場の回覧、センターからのメール連絡、医学部事務内の連絡等)

(2) 今回の医学教育国際協力研究フォーラムの内容はいかがでしたか？

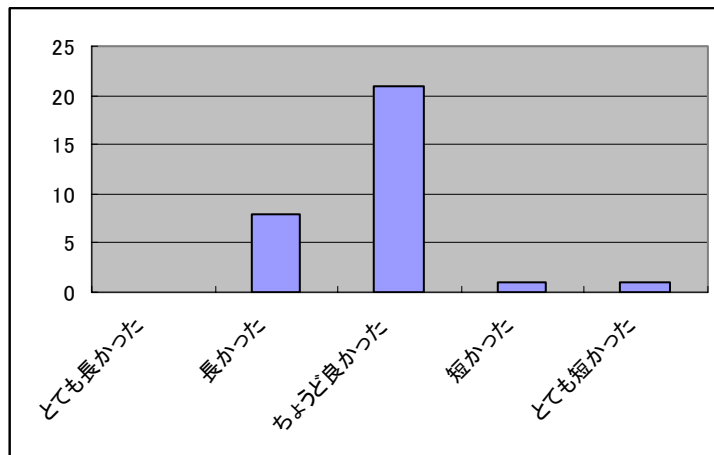


※ 回答なし 1名

(3) 今回の医学教育国際協力研究フォーラムで最も良いプログラムは何でしたか？
(複数回答可)



(4) フォーラムの時間はいかがでしたか？

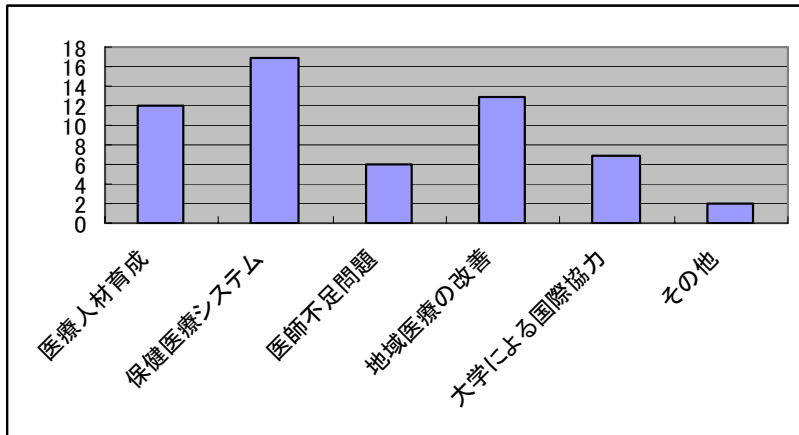


※ 回答なし 2名

(5) 今回の医学教育国際協力研究フォーラムについてご意見・ご感想がございましたらご記入下さい。

- ・ 今回も、事例体験的な内容が、今後の活動に非常に貴重に感じられた。今後も同様な内容を多く取り上げてほしい。
- ・ 卒前教育と卒後教育の両方が扱われていて良かった。
- ・ 第1部パワーポイント資料が配布されており、理解に役立った。
- ・ 講演者の方の話は、短時間ながら大変有為だった。
- ・ とても勉強になった。
- ・ 毎年開催してほしい。
- ・ 国際保健・医学教育で取りざたされている問題（都市部・先進国への人材流出など）は、現在の日本で起こっている問題（地方の医師不足）と全く同じ構造のように思われ、興味深かった。どのような解決法があるかという一歩踏み込んだ議論を拝聴したい。
- ・ 臨床医についてだけでなく、研究医についてもより詳しく説明してほしい。
- ・ もう少しパネルディスカッションの討論時間が長ければなおよかった。
- ・ 北村先生の閉会のあいさつでは投げかけられていたが、日本のプレゼンスについて誰も触れなかったのは疑問がある。
- ・ 卒前と卒後の関連性についての考察が聞きたかった。指導医の資質や、卒前教育と卒後教育の指導医の違いはなにか？医学教育がきちんとなしないと、看護教育にも影響を及ぼす。途上国の看護教育は、医師が教えていることが多いからである。
- ・ 散々情報を得た挙句、自分の頭で考えることをせずに「答」を教えてくださいといった調子の質問があり、「これでは研究フォーラムではなくて、お勉強会になる」と眉をひそめていたら、多くの方が、「いい質問だ」とほめていたのには驚いた。それこそ、日本以外のフォーラムではありえない幼稚な空間ではないか。こういう質問の主は、世の中に正しい正答が必ず一つあって、自分が知らないのはお勉強だからと、思っているのでしょう。重要なのは、「正答がないからこそ」フォーラムを開くということです。

(6) 今後のフォーラム等で取り上げてほしいテーマを以下よりお選びください。
(複数回答可)



※その他：地方分権化政策と地域保健マネジメント、研究医のキャリアパス

9. 総括

東京大学医学教育国際協力研究センター
講師 大西 弘高

医学教育国際協力研究フォーラムは、当センターの名称とほぼ同じ名前を冠したフォーラムであり、「医学教育領域における国際協力を推進する」という当センターのミッションについて考える年1回の重要な機会でもある。今回は、「開発途上国における医療人材育成協力の重要性」という非常に本質的なタイトルでの実施となったが、文部科学省、新JICAからの概要に関するお話、日本から海外に向けて発信する形の取り組みに関する講演など、いずれも今までにない議論ができたのではないかと感じている。

今回改めて私が感じたのは、「なぜ医学教育領域における国際協力を執り行うべきなのか」という問いであった。文部科学省大臣官房国際課国際協力政策室浅井室長のお話では、日本の大学が既に有している知識や経験を生かし、開発途上国でこれを展開することによって、国際貢献していくことが開発途上国の期待に応える協力の姿であるという像が提示されていた。これは、JICA 人間開発部の牛尾技術審議役が指摘された「国益」を目的とした協力なのかもしれない。

しかし、例えばパネルディスカッションでも議論になったように、地域医療は現在のところ日本を含む各国の重要な課題の一つである。地域医療に関する限り、日本の大学が海外でも利用可能な知識や経験を有し、それを展開できるというようなストーリーは成り立たないだろう。このような場合、日本の大学は開発途上国での協力を考えるべきではないのだろうか。

この「地域医療」という課題については各国が様々な取り組みを行っている。これをある国に対する協力に結び付けるためには、当該国のニーズを十分把握した上で、各国の取り組みの中で当該国に何が活かそうかを吟味し、適用していくような「専門家」の視点が必要になるだろう。多くの国である施策が有効だからと言って、当該国にも有効かどうかの保証はない。ただ、当該国のことをよく知り、しかも様々な施策の成否についても熟知している場合、当該国で有効な施策を当該国側にアドバイスすることこそが国際協力である、というふうにも言えるかもしれない。

このようなアドバイスをする専門家の視点は、他の国に何らかの形で活かせる可能性もある。もちろん、日本自体にも役立つ可能性がある。課題は、様々な取り組みについて、一般化可能なモデルを見つけ、新たな知見を生み出していくことにあるのだろう。今回のフォーラムを通じ、我々センターのミッションを再考する際に、このような視点が不可欠なのではないかと感じずにはいられなかった。

写 真



フォーラム開始直前の会場の様子



センター活動のパネル紹介



開会の挨拶



文部科学省 浅井氏による挨拶



国際協力機構 牛尾先生による講演



東京女子医科大学 吉岡教授による講演



厚生労働省 村岡先生による講演



東京大学 大西講師による講演



国際協力機構 渡部氏によるコメント



講演中の様子



パネルディスカッションの様子



閉会の挨拶

