

平成9年度
帰国研修員フォローアップチーム報告書
—がん対策分野 公開技術セミナー—

が ん 対 策 II
早 期 胃 癌 診 断 II
消 化 器 癌 病 理 学

平成9年11月

JICA LIBRARY



J 1142498 {3}

国際協力事業団
東京国際研修センター

東国セ

JR

97-459



平成9年度

帰国研修員フォローアップチーム報告書

—がん対策分野 公開技術セミナー—

が ん 対 策 II

早 期 胃 癌 診 断 II

消 化 器 癌 病 理 学

平成9年11月

国際協力事業団
東京国際研修センター



1142498(3)

序 文

本報告書は、国際協力事業団が実施している集団研修「がん対策Ⅱ」「早期胃癌診断Ⅱ」「消化器癌病理学」のがん対策関連3コースに参加した帰国研修員に対するフォローアップ事業の一環として、アルゼンティン、チリ及びウルグアイの3ヶ国で開催された公開技術セミナーの内容及び、帰国研修員、その所属先並びに関係機関等の訪問を通じ、上記研修コースの研修効果の確認、評価及び当該分野のニーズ調査をすべく、本年7月に派遣したフォローアップチームの調査結果を取りまとめたものである。

本書が、今後のがん対策分野における各国の実情、帰国研修員の活動状況及び研修に係る要望について、関係各位の一層のご理解をいただくための一助となり、今後の研修員受入事業に資することができれば幸いである。

なお、今回のセミナー開催及び調査業務に当たり、多大のご支援、ご協力を賜った外務省、厚生省、国立がんセンター、在ウルグアイ日本大使館、JICA派遣専門家、JICA帰国研修員同窓会ならびにその他関係者各位に対して心からお礼申し上げます。次第です。

平成9年11月

国際協力事業団
東京国際研修センター
所長 岩波和俊



← **国立ブエノス・アイレス大学附属病院**

アルゼンティン最大規模の総合病院。
 庶民には“Hospital de Clinicas”（総合病院）
 という通称で親しまれており、またそう呼ばれる国
 内で唯一の病院である。

ただし建物自体は非常に古い作りで、病院として
 の使い勝手はそれ程良くない。（→P25）



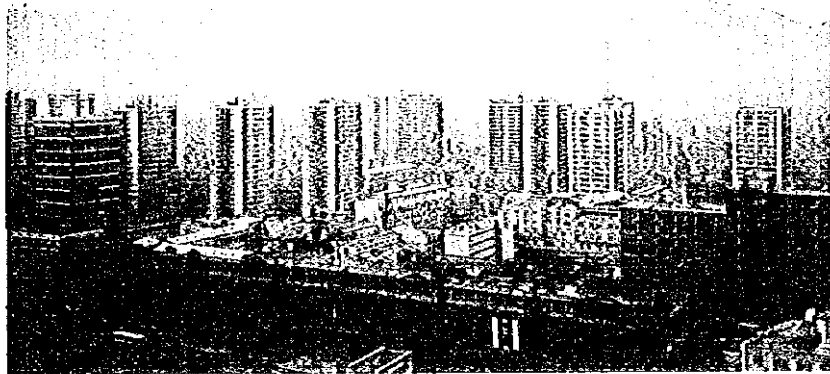
日会診療所所有の検診車 →

過去にJICAが供与したもので、
 現在もアルゼンティン保健省と
 の共同事業である集団検診活動
 に使われている。（→P26）



← **チリ消化器病研究所で活躍する帰国研修員**

チリ消化器病研究所は、「チリ
 消化器がんプロジェクト（1987
 ～1995）」第三国研修「胃腸癌学
 （1980～1991）」を実施したプロ
 ジェクト・サイトである。写真
 は1996年度「がん対策Ⅱ」コー
 スに参加した消化器科Roberto
 Segovia医師が内視鏡診療をして
 いるところ。（→P36）



← サンティアゴ市を覆うスモッグ

サンティアゴ市は、メキシコ市と並んで大気汚染で有名な町。

朝方から徐々にスモッグが濃くなり、山の上から見るとまるで雲海のように見える。

同市では小児死亡率が高く、それと大気汚染との関係が疑われている。

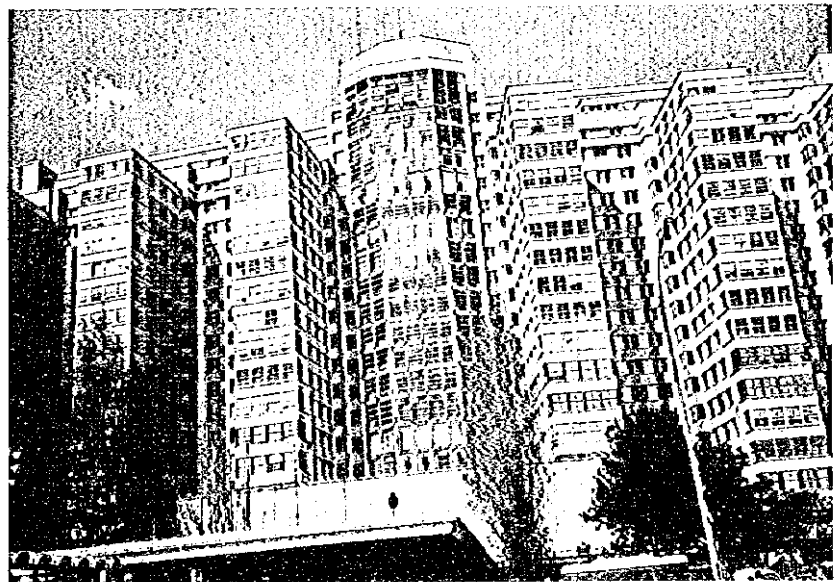
遠くに見えるのはアンデス山脈。

ウルグアイ国立大学医学部附属病院 →

同国唯一の国立でかつ最大の病院。

ブエノス大学附属病院と同様、“Hospital de Clinicas”（総合病院）の名称で親しまれている。

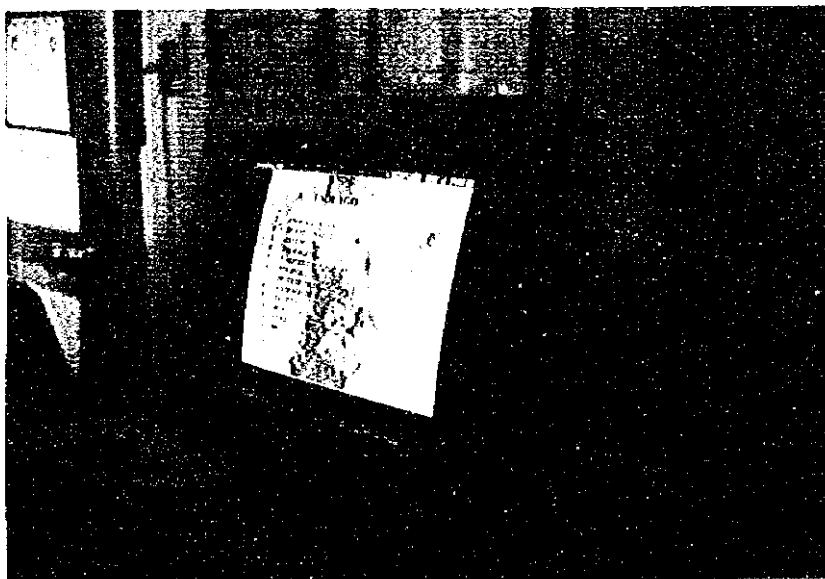
過去にJICAの医療プロジェクト「消化器病センター」（1981～1989）のサイトとなった。（→P46）



← 消化器病理診断センターにて
帰国研修員が開発した内視鏡
診断マニュアルのソフト

ウルグアイ初の病理診断専門センターを共同設立した帰国研修員が開発したコンピューター・ソフトで、若手医師の教育用に効果を発揮している。

（→P47）



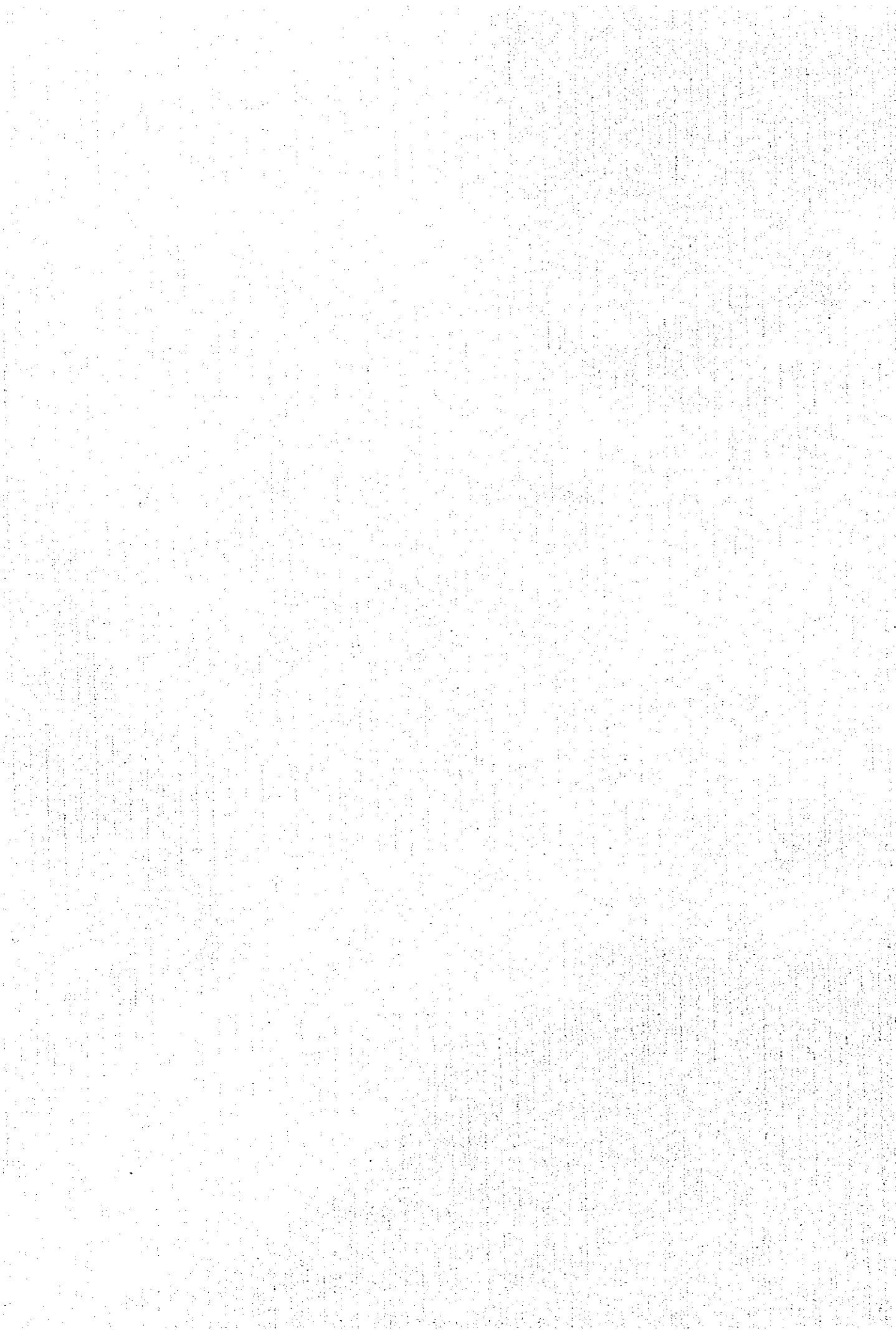
目 次

序 文
写 真
目 次

I. 派遣チームの概要	1
1. 派遣目的	3
2. 団員構成	3
3. 活動日程	4
4. 公開技術セミナー開催要領	5
II. 公開技術セミナーの概要	7
1. アルゼンティン	9
(1) 日時、場所、参加者	
(2) 進行、講演内容	
(3) 質疑内容	
(4) 評価及び成果	
2. チリ	12
(1) 日時、場所、参加者	
(2) 進行、講演内容	
(3) 質疑内容	
(4) 評価及び成果	
3. ウルグァイ	14
(1) 日時、場所、参加者	
(2) 進行、講演内容	
(3) 質疑内容	
(4) 評価及び成果	

III. 各国の癌対策分野の状況	15
1. アルゼンティン	17
(1) 当該分野の現状と問題点	
(2) 当該分野の日本での研修に対する期待	
(3) 保健医療関係指標	
(4) 訪問機関概要	
2. チリ	29
(1) 当該分野の現状と問題点	
(2) 当該分野の日本での研修に対する期待	
(3) 保健医療関係指標	
(4) 訪問機関概要	
3. ウルグアイ	39
(1) 当該分野の現状と問題点	
(2) 当該分野の日本での研修に対する期待	
(3) 研修員募集及び応募のプロセス	
(4) 保健医療関係指標	
(5) 訪問機関概要	
IV. 活動総括と研修コース改善への具体的提言	47
1. 活動総括	49
2. 研修コース改善への具体的提言	50
V. 資 料	53
(Questionnaire 回答集計表)	
1. アルゼンティン (所属先・研修員)	55
2. チ リ (所属先・研修員)	69
(注*ウルグアイにおいてはQuestionnaire回収せず)	

I. 派遣チームの概要



1. 派遣目的

研修員受入事業の評価の一環として、本邦で開催されている癌対策関連3コース(「がん対策Ⅱ」「早期胃癌診断Ⅱ」「消化器癌病理学」)の研修の成果の活用状況の測定・評価及び当該分野の派遣国における現状及び問題点の把握、さらには同分野のニーズを把握することにより、今後の当該コース、当該分野の研修員受入事業の改善ならびに計画策定に資すること、並びに癌対策をテーマとする公開技術セミナーの開催を通して、当該分野の関係者に広く最新の知識・技術情報等を提供することにより、研修の波及効果を高めることを目的とする。

具体的な調査内容は次の通り。

- (1) 当該コースの研修効果を把握するために、研修員が我が国で習得した技術の現地における適用度の測定評価(研修成果の活用状況及びレベルアップの程度の測定等)及び研修員所属機関による研修コースの評価の把握さらに同機関の当該コースへの期待度の把握
- (2) 当該分野に関する当該国の一般的実情、技術水準及び今後の我が国の研修に対するニーズの把握
- (3) 上記(1)及び(2)の調査を通して、当該コース及び当該分野コースの目標設定の合理性及び研修運営の再検討
- (4) 公開セミナーの開催を通しての、当該分野に関する我が国の最新の技術情報の提供
- (5) 対象機関の概要調査及び帰国研修員の動向調査

2. 団員構成

職 務	氏 名	所 属 先
総 括 (団 長)	吉森 正喜 (よしもり まさよし)	国立がんセンター中央病院 臨床検査部 部長
医 療 行 政	三丸 敦洋 (みつまる あつひろ)	厚生省保健医療局 エイズ疾病対策課 課長補佐
業 務 調 整	建部 信 (たてべ まこと)	国際協力事業団 東京国際研修センター研修第 一課 職員

3. 活動日程

日順	月日	曜日	行 程	宿泊地
1	7/19	土	Tokyo 19:00 (JL-068)⇒	機内
2	20	日	⇒5:50 Sao Paulo 9:00 (RG-940) ⇒11:45 Bs.As.	ブエノス・アイレス (Hotel Crillon)
3	21	月	10:00 JICA事務所打ち合わせ 厚生省訪問	Tel.310-2000 Fax.310-2020
4	22	火	国立癌研究所見学 日本大使館表敬	
5	23	水	ブエノス・アイレス市立消化器病院 公開セミナー・懇親会	〃
6	24	木	9:00 ホテル発 Bs.As. 12:05 (LA-120) ⇒ 13:20 Santiago 16:00 日本大使館表敬	サンティアゴ (Hotel Plaza San Francisco)
7	25	金	9:30 ホテル発 10:00 チリ消化器病研究所見学 15:00 厚生省国際協力室表敬 16:30 国際協力庁(AGCI)表敬 20:00 JICA事務所長主催夕食会	Tel.639-3832 Fax.639-7826
8	26	土	資料整理	
9	27	日	資料整理	
10	28	月	9:00 ホテル発 9:30 癌関連施設(Instituto Oncologico Caupolican Pardo Correa)見学 14:00 公開セミナー・懇親会	
11	29	火	12:00 ホテル発 Santiago 14:25 (PU-402) ⇒ 17:35 Montevideo 20:00 大使主催夕食会 (事前打ち合わせ)	モンテビデオ Balmoral Plaza Hotel
12	30	水	8:10 ホテル発 8:30 共和国大学医学部附属病院 (消化器科・病理科訪問) 9:00 公開セミナー・懇親会 大使館表敬 (石和田大使) 14:45 国立癌研究所見学	Tel. 922393
13	31	木	8:40 ホテル発 9:00 共和国大学医学部附属病院消化器科 Sevallos教授・病理科Navarette教授訪問 (帰国 研修員活動状況聴取) Montevideo 19:45 (RG-929) ⇒22:05 Sao Paulo	機内
14	8/1	金	Sao Paulo 0:10 (JL-067) ⇒	機内
15	2	土	⇒ 16:10 Tokyo	

4. 公開技術セミナー開催要領

(1) 目的

癌対策関連コースの帰国研修員を含む参加者に対して、癌に係わる最新の医療事情、診療体制、また本邦における集団検診等を含めた医療行政施策等を紹介し、帰国研修員の有する知識のブラッシュ・アップを行うとともに、引いては当該国の癌対策事業の推進に貢献する。

(2) 参加対象者

癌関連集団3コース（「がん対策Ⅱ」「早期胃癌診断Ⅱ」「消化器癌病理学」）参加帰国研修員、当該国保健省職員、その他癌対策に従事する医師等。

(3) 講師

1. 吉森 正喜（よしもり まさよし）

国立がんセンター中央病院臨床検査部 部長

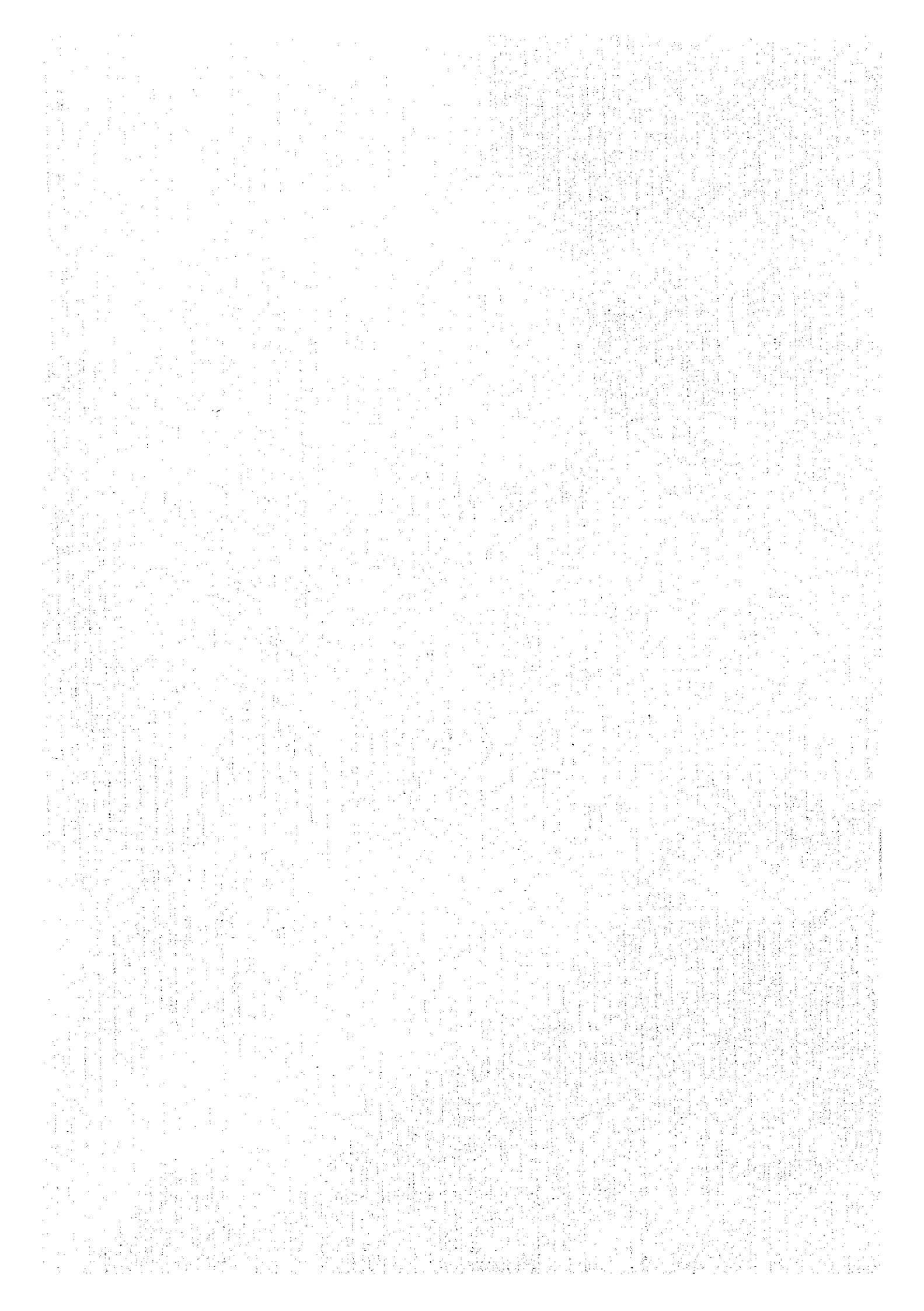
2. 三丸 敦洋（みつまる あつひろ）

厚生省保健医療局疾病対策課 課長補佐

(4) 開催形態 (例)

14:00	開場 (開会までの間、関連ビデオを上映)
14:30~14:40	開会 (開会挨拶：JICA事務所長、または在外公館員)
14:40~16:10 (1時間30分)	第一部 講演 (三丸敦洋団員) 日本における癌の動向 日本の癌研究の沿革 肺癌治療における最近の戦略 1.胸部単純レントゲン写真の読み方 2.CTによる肺癌早期診断法 3.CTガイド気管支鏡による肺小病変に対する肺生検 (ビデオ) 4.定型的肺癌手術 5.転移性肺癌に対する気管支鏡下手術 質疑応答
16:10~16:20	休憩 第二部準備
16:20~17:50 (1時間30分)	第二部 講演 (吉森正喜団長) 消化器癌の診断と治療：最近の進歩 1.早期食道癌・早期胃癌の内視鏡的治療 2.胃癌とヘリコバクター感染 3.陥凹性大腸癌 4.小肝臓癌とエタノール注入療法 5.膵臓癌の診断と治療 癌診療体制：最近の国立がんセンター 質疑応答
17:50~18:00	休憩
18:00~19:30	懇親パーティー

Ⅱ．公開技術セミナーの概要



1. アルゼンティン

(1) 日時、場所、参加者

日 時：1997年7月23日、14時-18時

場 所：市立消化器病院

参加者：63名（下表の通り）

	氏 名	所 属 先
1	ADAN, Roque	Instituto Roffo
2	ALVAREZ, Estela	Hospital Posadas
3	AVELLA ZANGARI, Gabriela	Hospital Udaondo
4	AYON, Carlos	Hospital Udaondo
5	BATTAGLINO, Silvana	Hospital Gral. Roca (Rio Negro)
6	BRAMATI, Patricia	Instituto Roffo
7	CALDERON, Julio	Hospital de Clinicas
8	CIMINO, Daniel	Hospital Udaondo
9	CONCETTI, Hugo	Hospital Fernandez
10	CORRONS, José	Hospital San Martin (La Plata)
11	CORTI, Rodolfo	Hospital Udaondo
12	DE CARLO, Graciela	Hospital Udaondo
13	DE PASCALE, Marta	Instituto Roffo
14	DIMA, Guillermo	Hospital de Clinicas
15	ESTELLA, Mario	Hospital Udaondo
16	ETCHART, Sergio	Griensu SA
17	FAERBERG, Alejandro	Hospital Udaondo
18	FANDIÑO, Manuel	Griensu SA
19	GARRIDO, José Maria	Hospital de Clinicas
20	GILSES, Jeanette	Hospital de Clinicas
21	CONZALEZ, Adriana	Instituto Roffo
22	HERNANDO, Ana	Hospital de Clinicas
23	HOJMAN, Rubén	Hospital Udaondo
24	LANDONI, Néstor	Hospital San Martin (La Plata)
25	LAUDANNO, Oscar	Hospital de Clinicas
26	LENCINAS, Sandra	Hospital Udaondo
27	LEVY, Daniel	Hospital Rivadavia
28	LOUGEDØ, Mónica	Hospital Udaondo

	氏 名	所 属 先
29	LUNA, Pablo	Hospital Udaondo
30	MACHADO, Angel	Griensu SA
31	MARTINEZ, Natalia	Hospital Israelita
32	MASSA, José Luis	Hospital Rawson (San Juan)
33	MATIANDA, Jorge	Hospital Udaondo
34	MILANO, Claudia	Hospital Posadas
35	NIMURA, Humberto	Hospital Udaondo
36	MITSUMARU, Atsuhiko	Miembro de la misión
37	MUÑOZ, Juan Antonio	Hospital Udaondo
38	MUÑOZ, Pablo	Hospital Udaondo
39	OMODEO, Javier	Hospital Udaondo
40	ORTIZ, Mercedes	Hospital Udaondo
41	PADILLA, Diana	Hospital Udaondo
42	PALAZZO, Felipe	Instituto Roffo
43	PENISOTO, Claudio	Hospital de Clinicas
44	RAMIREZ ROJAS, Paulo	Hospital Udaondo
45	RATTO, Raquel Elsa	IMOS
46	REYNAUD, Ana Laura	Hospital Udaondo
47	ROCA, Enrique	Hospital Udaondo
48	RUANO, Mario	Hospital de Clinicas
49	SAGGAR SALIM, Román	Hospital San Bernardo (Salta)
50	SALARIATO, Osvaldo	Instituto Roffo
51	SANTILLAN, Héctor Daniel	Instituto Roffo
52	SIDRA, Gabriela	Hospital Udaondo
53	SIFUENTES, Pablo	Hospital de Clinicas
54	SPINELLI, Osvaldo	Centro Oncológico de Gonnet
55	SUAREZ ANZORENA, Francisco	Hospital de Clinicas
56	TATEBE, Makoto	Miembro de la misión
57	TERG, Ruvén	Hospital Udaondo
58	THOMPSON, Luis	Instituto Roffo
59	UEHARA, Adolfo	Hospital San Roque
60	VALERO, Jorge	Hospital Udaondo
61	VARSKY, Carlos	Hospital Posadas
62	YOSHIMORI, Masayoshi	Miembro de la misión
63	ZERBO, Osvaldo	Hospital Udaondo

(2) 進行、講演内容

講演は英語―スペイン語の通訳を介して行われた。

I-4. 公開技術セミナー開催要領 (P 5) 参照

(3) 質疑内容

- a. 早期食道がんで5 cmもあっても内視鏡的粘膜切除が可能か。
- b. 内視鏡的粘膜切除を行う前に超音波内視鏡検査による評価を行うか。
- c. 進行した胃がん、膵臓がんに対して補助化学療法を行うか。
- d. MALTリンパ腫でヘリコバクターを除菌した後に化学療法を行うか。
- e. 粘膜下層まで浸潤した大腸がんで内視鏡的粘膜切除が可能か。
- f. 肝臓がんに対して高周波による治療を行うか。
- g. エタノール注入によって肝臓がんが治療できるのはどのような機序によるのか。
- h. 胸膜下手術のビデオで胸膜の変化がないのにどうして生検可能なのか？
- i. 大腸がんが増加しているのは食生活の変化のためか？
- j. 肝がん増加はC型肝炎のためか？

(4) 評価および成果

通訳の関係で予定時間を超過してしまったが、それ以外は順調に進行し、帰国研修員も熱心に聴講してくれた。質問も的を得たものが多く、有意義なセミナーであった。

2. チ リ

(1) 日時、場所、参加者

日 時：1997年7月28日、14時-17時

場 所：サンフランシスコ・ホテル

参加者：28名（下表の通り）

	氏 名	所 属 先
1	DR CARLOS BARRIENTOS	INSTITUTO CHILENO JAPONES DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS
2	DR HERNAN ITURRIAGA	"
3	DR ROBERTO SEGOVIA	"
4	DRA MARCELA GONZALEZ	"
5	DR CESAR DEL CASTILLO	INSTITUTO CHILENO JAPONES DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS
6	DR JULIO GARCIA NEIRA	"
7	DR ALFONSO SANDOVAL	"
8	DR LING VARGAS	"
9	DR RODRIGO PONCE	"
10	DRA IRENE LEVI	"
11	DRA WANDA FERNANDEZ	"
12	DR CARLOS BENVIDES	"
13	DR RODRIGO MEZA	HOSPITAL DE CALAMA
14	DR PATRICIO PIZARRO	HOSPITAL DE TALCA
15	DR MAURICIO CAMUS	INSTITUTO ONCOLOGICO CAUPOLICAN PARDO CORREA
16	DR SERGIO GAETE	HOSPITAL DE COYHAIQUE
17	DR ROQUE SAENZ	HOSPITAL FACE
18	DR JUAN TOBAR	HOSPITAL DE CURICO
19	DR LUIS ZAMORA	CLINICA AVANSALUD
20	DR JAIME HUACHALLA	HOSPITAL DEL TORAX
21	DRA PAULINA PENALOZA	HOSPITAL SOTERO DEL RIO
22	DRA MAEVE KELLY	HOSPITAL JOSE JOAQUIN AGUIRRE
23	DRA LORENA PEREZ	HOSPITAL DEL SALVADOR
24	DRA PATRICIA MOYA	"
25	DR ANTONIO SOLA	COMISION NACIONAL DEL CANCER
26	DR PEDRO LLORENS	PRIVADO
27	DR PABLO HANS	CLINICA DAVILA
28	SR JOSE MIGUEL HUERTA	MINISTERIO DE SALUD

(2) 進行、講演内容

講演は英語－スペイン語の同時通訳を介して行われた。

I－4. 公開技術セミナー開催要領（P 5）参照

(3) 質疑内容

- a. 食道がん、胃がんに対して超音波内視鏡をどのように使用するか。
- b. 食道がん、胃がんに対する内視鏡的粘膜切除の適応について、特に病変の大きさに関して。
- c. 胃がんの化学療法について。
- d. 進行胃がんに対する化学療法と放射線照射の同時併用をどう思うか。
- e. MALTリンパ腫に対するヘリコバクターの除菌はいつまで続けるのか。
- f. 経皮的エタノール注入療法を行う前に肝生検を行うか。
- g. 経皮的エタノール注入療法はどこまで行うか。どの時点で終了とするか。
- h. 肺がんのステージⅠの症例は症状発現から診断までどの程度の期間があるのか？

(4) 評価および成果

英語・スペイン語の同時通訳が行われたために、順調に進行した。現地の関係者からは有意義なセミナーであったと好評であった。

3. ウルグアイ

(1) 日時、場所、参加者

日 時：1997年7月30日、9時-11時

場 所：医学部附属病院 (Hospital de Clinicas)

参加者：約60名 (大学内の学生及び医局員多数がセミナー中に入入りしたので正確な人数は不明)

(2) 進行、講演内容

講演は通訳なしで、英語でおこなった。

1-4. 公開技術セミナー開発要領 (P5) 参照

(3) 質疑内容

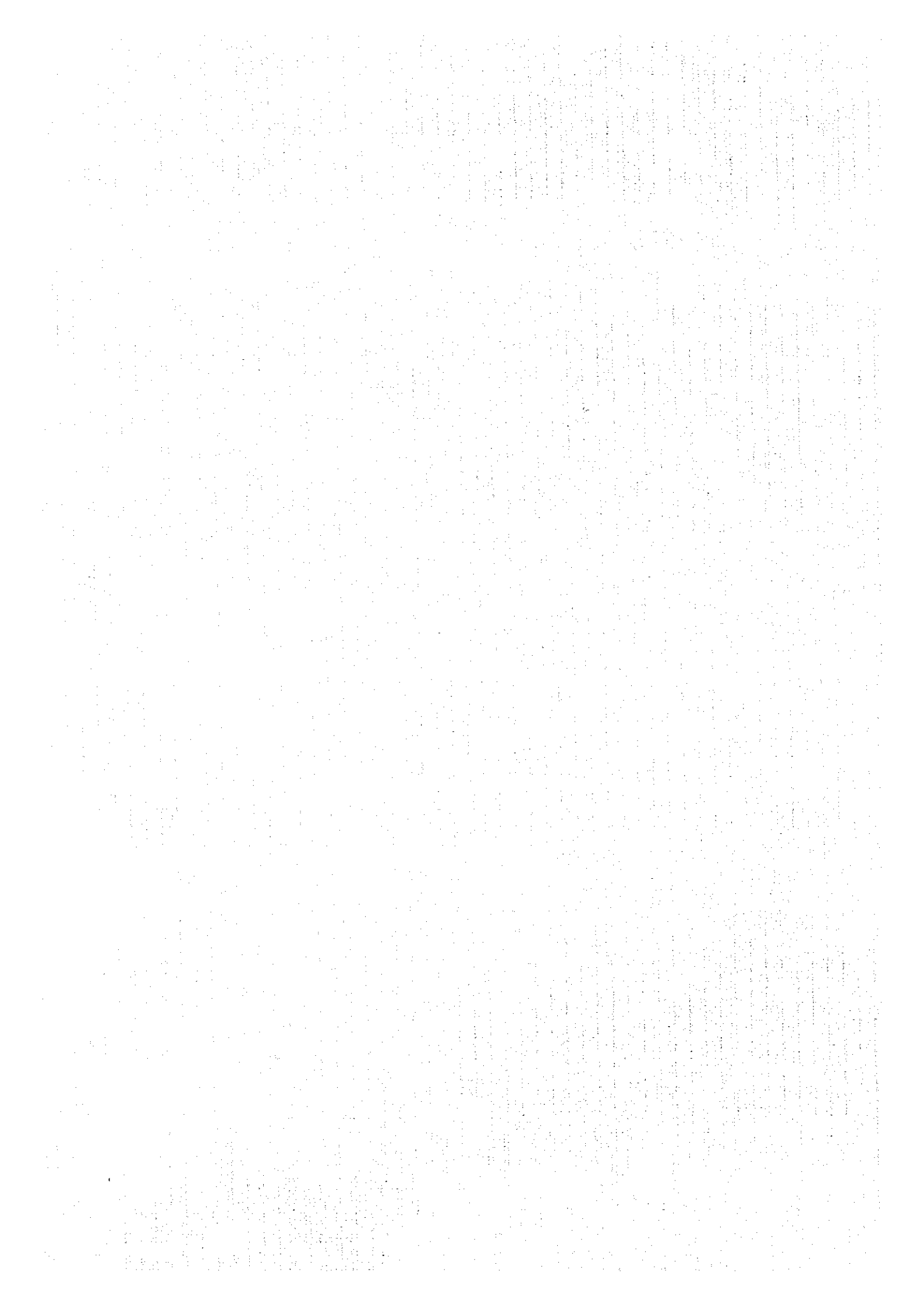
- a. どのような患者を対象に食道色素内視鏡検査 (ルゴール染色) を行うのか。
- b. 逆流性食道炎の患者でもヨード不染帯がみられるが、食道がんとの鑑別とどうするか。
- c. 胃がん患者に対してヘリコバクターの除菌が必要か。
- d. ヘリコバクターの除菌率はどの程度か。
- e. ヘリコバクターはどのように診断するのか。
- f. 日本の病理学者はヘリコバクターとリンパ腫の関連を強く考えていないと聞いたがどうか。
- g. 経皮的エタノール注入療法を行う前に肝生検を行うか。

(4) 評価および成果

通訳を介さず英語で講演を行ったが、とくに問題はなかった。一部、医学部学生も多数聴講していた。熱心な聴講者が多く、帰国研修員に益するところは大きかったと思われる。

Ⅲ．各国の癌対策分野の状況

1. アルゼンティン



(1) 当該分野の現状と問題点

癌は循環器系疾患に次いで死亡原因の第2位を占めている。癌の部位別の頻度は西欧諸国のように肺癌が第一位で次が大腸癌、胃癌は5位から6位である。このように癌が死亡原因の第2位を占めるために、その対策は政府でも重点事項となっている。しかし、政権交代等で大学の予算が減額される等、社会的な問題もあるようである。病院訪問は、消化器科が中心だったため、現在までの消化器癌を中心とした研修制度ではなく癌全体の研修制度（例：がん対策Ⅱ）に関する希望はあまり感じなかったが、政府としては癌全体に関する研修制度を期待するような印象を受けた。

(2) 当該分野の日本での研修に対する期待

日本における癌に関する研究は非常に有意義なものと考えられており、その評価は高い。今後とも研修医の受け入れについてはどんどん行ってほしいとの希望がある。また、帰国後の研修員の活動を助長するための医療機材供与についても希望があった。

(2) アルゼンティン保健医療関係指標

	アルゼンティン	ラ米及びカリブ地域
妊産婦死亡率（新生児10万人当たりの死亡数）	(1993) 100人	(1993) 189人
総出産数に占める保健員付添をえた出産の割合	(1983-94) 87%*	(1983-94) 83%
医師一人当たりの人口	(1988-91) 329人	(1988-91) 1,039人
看護婦一人当たりの人口	(1988-91) 1,786人	(1988-91) 3,500人
一人当たりの一日のカロリー供給量	(1992) 2,880カロリー	(1992) 2,757カロリー

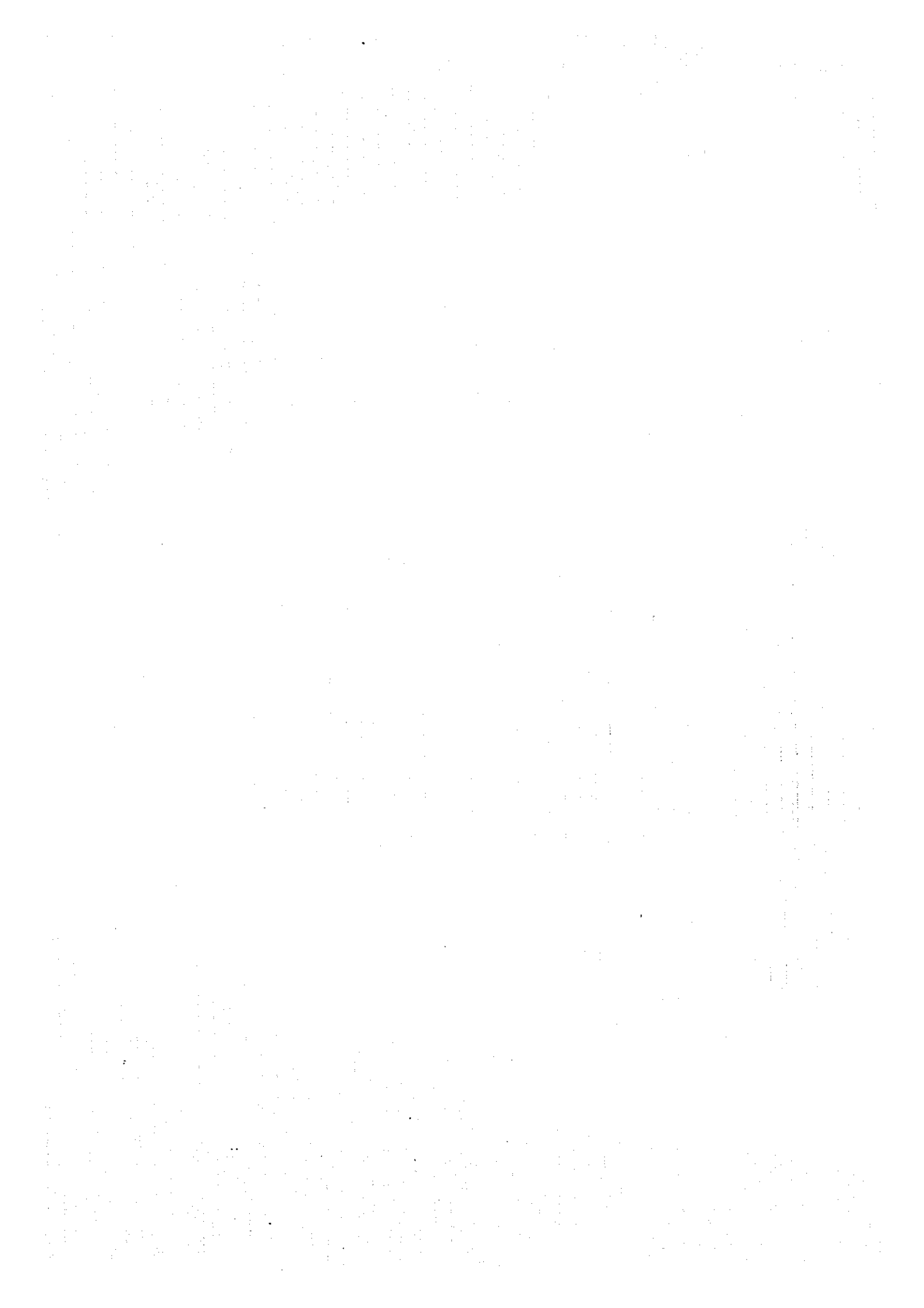
(注)*： データは記載された期間以外のもの、標準定義と異なるもの、または国の一部地域のもの。

出所 Human Development Report 1996 UNDP

(単位：%)

	アルゼンティン			ラ米及びカリブ地域		
総人口に占める安全な飲料水を手入れできる人の比率	(1990-95)			(1990-95)		
	全国	都市	農村	全国	都市	農村
	71	77	29	80	87	51
総人口に占める適切な衛生施設を利用できる人の比率	(1990-95)			(1990-95)		
	全国	都市	農村	全国	都市	農村
	68	73	37	68	71	36
総人口に占める保健サービスを受けられる人の比率	(1985-95)			(1985-95)		
	全国	都市	農村	全国	都市	農村
	71	80	21	73	81	51
予防接種率（対1歳児）	(1990-94)			(1990-94)		
結核	100			93		
3種混合	97			82		
ポリオ	84			80		
はしか	95			83		

出所 【世界子供白書 1996】1995 UNICEF



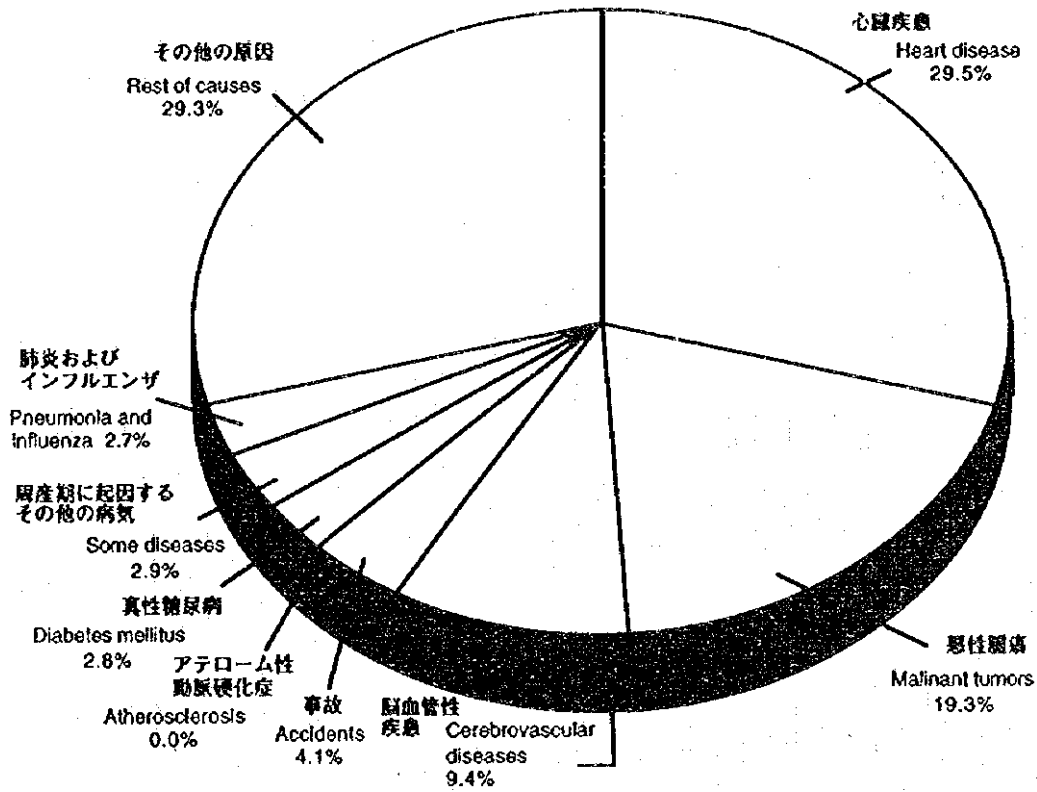
主な死因および性別による、住民 100,000 人当たりの総合死亡率 (全国、1990~1994 年) アルゼンチン
 (General mortality ratio as per 100,000 inhabitants, according to main causes of death and sex. Total for the country. Years 1990/1994. Argentine)

主な死因 (Main causes of death)	1990			1991			1992			1993			1994		
	死亡数 (Cases)	死亡率 (Ratio) 0/0000	パーセンテージ 分布 (Percentage Distribution)	死亡数 (Cases)	死亡率 (Ratio) 0/0000	パーセンテージ 分布 (Percentage Distribution)	死亡数 (Cases)	死亡率 (Ratio) 0/0000	パーセンテージ 分布 (Percentage Distribution)	死亡数 (Cases)	死亡率 (Ratio) 0/0000	パーセンテージ 分布 (Percentage Distribution)	死亡数 (Cases)	死亡率 (Ratio) 0/0000	パーセンテージ 分布 (Percentage Distribution)
男女合計 (Total)	259,683	803.4	100.0	255,609 (1)	783.7	100.0	262,038 (1)	790.0	100.0	0267,286 (1)	783.8	100.0	257,431 (1)	768.8	100.0
心臓疾患 (Heart diseases)	81,632	252.6	31.4	78,026	239.2	30.5	80,883	243.8	30.9	83,196	247.1	31.1	76,014	227.0	29.5
悪性腫瘍 (Malignant tumours)	46,440	143.7	17.9	47,356	145.2	18.5	47,642	143.6	18.2	48,321	143.5	18.1	49,698	148.4	19.3
脳血管性疾患 (Cerebrovascular diseases)	26,113	80.8	10.1	25,464	78.1	10.0	25,854	77.9	9.9	25,534	75.8	9.6	24,187	72.2	9.4
事故 (Accidents)	10,532	32.6	4.1	10,564	32.4	4.1	10,562	31.8	4.0	11,048	32.8	4.1	10,519	31.4	4.1
アテローム性動脈硬化症 (Atherosclerosis)	7,324	22.7	2.8	6,278	19.2	2.5	5,849	17.6	2.2	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
真性糖尿病 (Diabetes mellitus)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	6,917	20.5	2.6	7,222	21.6	2.8
围産期に起因するいくつかの 病状 (Some diseases originated in the perinatal period)	8,600	26.6	3.3	8,583	26.3	3.4	8,091	24.4	3.1	7,549	22.4	2.8	7,487	22.4	2.9
肺炎およびインフルエンザ (Pneumonia and Influenza)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	6,847	20.4	2.7
その他の原因 (Rest of causes)	79,042	244.4	30.4	79,338	243.3	31.0	83,157	250.9	31.7	84,721	251.7	31.7	75,450	225.4	29.3
男性 (Male)	144,185	901.0	100.0	141,377	887.0	100.0	144,317	890.2	100.0	147,245	894.6	100.0	141,658	862.4	100.0
心臓疾患 (Heart diseases)	44,456	277.8	30.8	41,997	263.5	29.7	43,339	267.3	30.0	44,436	270.0	30.2	40,601	247.2	28.7
悪性腫瘍 (Malignant tumours)	25,954	162.2	18.0	26,376	165.5	18.7	26,195	161.6	18.2	26,485	160.9	18.0	27,043	164.6	19.1
脳血管性疾患 (Cerebrovascular diseases)	13,189	82.4	9.1	12,762	80.1	9.0	12,962	80.0	9.0	12,932	78.6	8.8	12,102	73.7	8.5
事故 (Accidents)	7,220	45.1	5.0	7,170	44.7	5.1	7,262	44.8	5.0	7,669	46.6	5.2	7,363	44.8	5.2
アテローム性動脈硬化症 (Atherosclerosis)	2,643	16.6	1.8	2,345	14.5	1.6	2,135	13.2	1.5	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
真性糖尿病 (Diabetes mellitus)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	3,340	20.3	2.3	3,575	21.8	2.5
围産期に起因するいくつかの 病状 (Some diseases originated in the perinatal period)	4,589	31.2	3.5	4,972	31.2	3.5	4,568	28.2	3.2	4,298	26.1	2.9	4,379	26.7	3.1
肺炎およびインフルエンザ (Pneumonia and Influenza)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	3,592	21.9	2.5
その他の原因 (Rest of causes)	45,734	285.7	31.8	45,755	287.0	32.3	47,856	295.1	33.1	48,085	292.1	32.6	43,003	261.7	30.4
女性 (Female)	115,498	707.7	100.0	112,619	676.3	100.0	115,587	681.6	100.0	117,167	680.7	100.0	112,325	658.5	100.0
心臓疾患 (Heart diseases)	37,176	227.8	32.2	35,459	212.6	31.5	36,779	216.9	31.8	37,763	219.4	32.2	34,184	200.4	30.4
悪性腫瘍 (Malignant tumours)	20,486	125.6	17.7	20,773	124.6	18.4	21,178	124.0	18.3	21,451	124.6	18.3	22,149	129.8	19.7
脳血管性疾患 (Cerebrovascular diseases)	12,924	79.2	11.2	12,561	75.3	11.2	12,668	74.7	11.0	12,302	71.5	10.5	11,730	68.8	10.4
事故 (Accidents)	3,312	20.3	2.9	3,300	19.8	2.9	3,217	19.0	2.8	3,280	19.1	2.8	3,008	17.6	2.7
アテローム性動脈硬化症 (Atherosclerosis)	4,681	28.7	4.1	3,889	23.3	3.5	3,654	21.5	3.2	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
真性糖尿病 (Diabetes mellitus)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	3,491	20.3	3.0	3,537	20.7	3.1
围産期に起因するいくつかの 病状 (Some diseases originated in the perinatal period)	3,611	22.1	3.1	3,585	21.5	3.2	3,487	20.6	3.0	3,216	18.7	2.7	3,077	18.0	2.7
肺炎およびインフルエンザ (Pneumonia and Influenza)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	3,170	18.6	2.8
その他の原因 (Rest of causes)	33,308	224.3	28.8	33,052	198.2	29.3	34,604	204.0	29.9	35,651	207.1	30.5	31,470	184.6	28.2

出所：健康福祉省

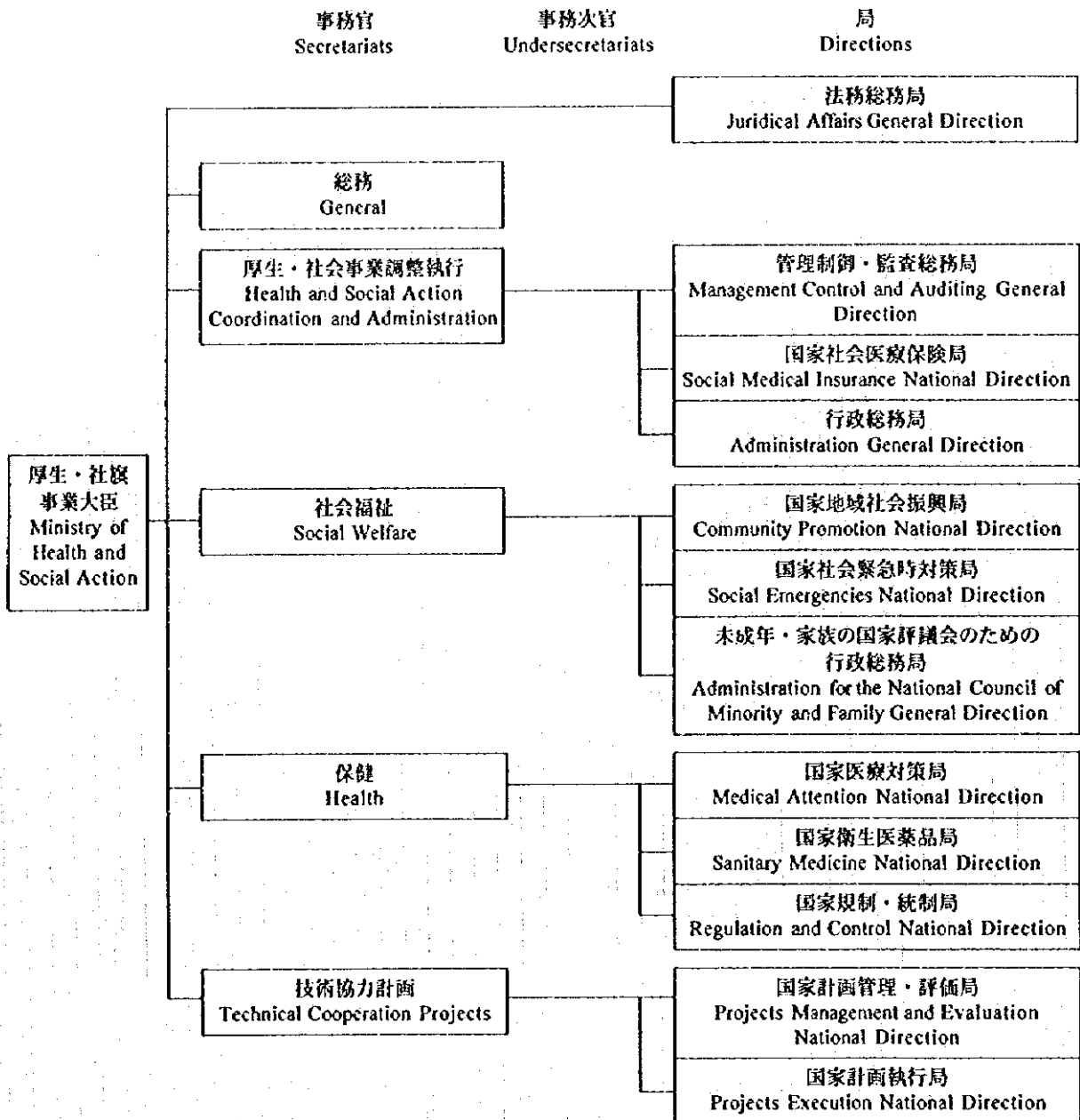
(1) 合計数には、性別不明の死亡者を含める。
 (2) 1993 年から真性糖尿病は、アテローム性動脈硬化症を抜いて主な死因の 1 つとなる。それ以前、これは「その他の原因」に含まれていた。
 (3) 1994 年から肺炎とインフルエンザは、性別によって作用するその他の死因を抜いて主な死因の 1 つとなる。それ以前、これらは「その他の原因」に含まれていた。

主な死因（全国、1994年）アルゼンティン
 Main causes of death. Total for the country. Year 1994, Argentine



厚生・社会事業省組織図（アルゼンティン）－1992年12月現在－

Ministry of Health and Social Action



国立ブエノス・アイレス大学附属病院

Hospital de Clinicas "Jose de San Martin "

Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Buenos Aires

訪問日：1997年7月21日

機関概要	大学附属病院であり、今回の訪問では施設のうちの消化器内科の部分を見学した。
主要面会者	Dr. Jorge A. Findor 消化器科部長 Dr. Marcelo Hernandez 消化器科副部長 Dr. Marcelo Ghigliani 超音波内視鏡部長 Dr. Luis Caro 内視鏡部長 Dr. Francisco Tiscornia 膵臓部長 Dr. Oscar Laudanno 職員 (1995「早期胃癌診断Ⅱ」)
体制	医師数：常勤約700。非常勤約700。 看護婦数：483 事務員数：107 技師数：285 (消化器科：常勤医師10、非常勤医師28、看護婦5、事務員2)
設備	600床 (緊急時には、廊下等にベッドを置くことにより1300床までは増床可能。)
主な活動	病院で取り扱っている疾患は①消化器②循環器③泌尿器の順である。 1996年の消化器外来は約5,000件。 超音波内視鏡、大腸内視鏡、胆道ステント留置等に力を注いでいる。 膵機能の研究を行っているが、質の良いセクレチンが入手できない。
帰国研修員との面談結果	Dr. Oscar Laudanno (1995「早期胃癌診断Ⅱ」) 胃内視鏡担当者として勤務しつつ、本邦研修の成果をレジデントに教えている。 研修に対する要望： 研修員個々の専門性を深めるために、より詳しい説明とテーマ毎のディスカッションが必要である。そのためには定員16名では多過ぎるようである。 アフリカ等の研修員は、自国では内視鏡も持っていない者がいた。その様な研修員には、研修は殆ど役に立たなかったと思われる。 募集対象地域を限定するのは有効かもしれない。 アルゼンティンでは内視鏡医と外科医は違うカテゴリーに入る。 研修も分けて行うのが望ましい。 研修員の英語力があまり高くないのが問題である。

日会診療所
Mutual NIKKAI

訪問日：1997年7月21日

機関概要	<p>およそ20年前に、在アルゼンティン日本人会の医療互助会的に発足。</p> <p>アルゼンティンと日本との技術協力場として、過去にJICA移住事業を通じて医療機材などの供与を行った。</p> <p>同国保健省と共同で集団検診活動を行っている（アルゼンティンにおける集団検診の先駆け）。</p> <p>100%自己収益で運営されている。保健組合的会員制度（会員は医療費の30%のみ負担）を有し、現在日系・韓国系等の会員2,500世帯。</p>
主要面会者	<p>Hideyasu Maeda 医師</p> <p>Norberto Kido 医師（1973年国立がんセンターにて研修。）</p>
体制	<p>医師数：28</p> <p>検査技師数：2</p> <p>歯科医師数：3</p> <p>レントゲン技師：2</p> <p>看護婦数：2</p> <p>事務員：3</p>
設備	<p>検診車保有。</p> <p>臨床検査室（純水製造装置等、一部機器JICA供与）。</p>
主な活動	<p>検診車を使用し、検診活動を行っている。</p> <p>血糖検査等、ルーティンで行いものはすべて検診項目に入れている。45歳以上には内視鏡を勧めている。（二重造影は入れていない）</p> <p>集団検診は、会社等で行う場合、午前の4時間で約600名を行う。年に10,000件程度実施。しかし多くの企業は労働力低下を理由にして集団検診に消極的。</p> <p>ア国保健省と共同で集団検診を実施。</p> <p>品質管理の厳しいラボ活動を行っている。</p> <p>純水製造装置を有し、特に検査に使用する水の水質に気を使っている。検査の制度は他の施設と比べて40%は高く、多くの医療機関からの信頼を得ている。</p>
帰国研修員との面談結果	<p>該当研修員なし</p>

国立ブエノス・アイレス大学附属癌研究所

Instituto de Oncología "Dr. Angel Roffo"

Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Buenos Aires

訪問日：1997年7月22日

機関概要	1923年設立。当初は研究目的の色彩が強かったので【研究所】の名前がついているが、病院の機能も有する。 癌関係では、多数の研修員が来日しており、その内の3/4は勤務を続けている。
主要面会者	Dr. Alejo A. L. Carugatti 所長 Dr. Roberto Pradier 外科分野長 Dr. Roque Samuel Adan 頭頸部医師 (1993「がん対策Ⅱ」) Dra. Victoria Maria Muniz Saavedra 病理学医師 (1995「消化器癌病理学」)
体制	医師・技師数：150人。 看護婦数：80～90人。 その他事務・雑役等：250人。総勢480人。 毎週木曜日に診療各科代表が集う委員会(Tumor Committee)が開催され、症例検討を行う。
設備	80床。(部屋数には更に余裕はあるが、現在看護婦数不足で活用されていない。) 最新の放射線照射装置が不足している。
主な活動	外科では患者2名に看護婦1名の体制で運営。 国家予算が大学を通して研究所に配付される。近年予算が削減されている。 患者の1/3は支払い不能である。 患者数 50,000/年。(16才以上を対象としている。) 手術例 2,000 化学療法例 2,000 患者の30%は頭頸部癌(アルゼンティン中から頭頸部癌の患者が集まる。)他の医療施設が扱っている消化器癌は、少ししか扱っていない。
帰国研修員との面談結果	Dr. Roque Samuel Adan (1993「がん対策Ⅱ」) Dra. Victoria Maria Muniz Saavedra (1995「消化器癌病理学」) 特に意見なし。

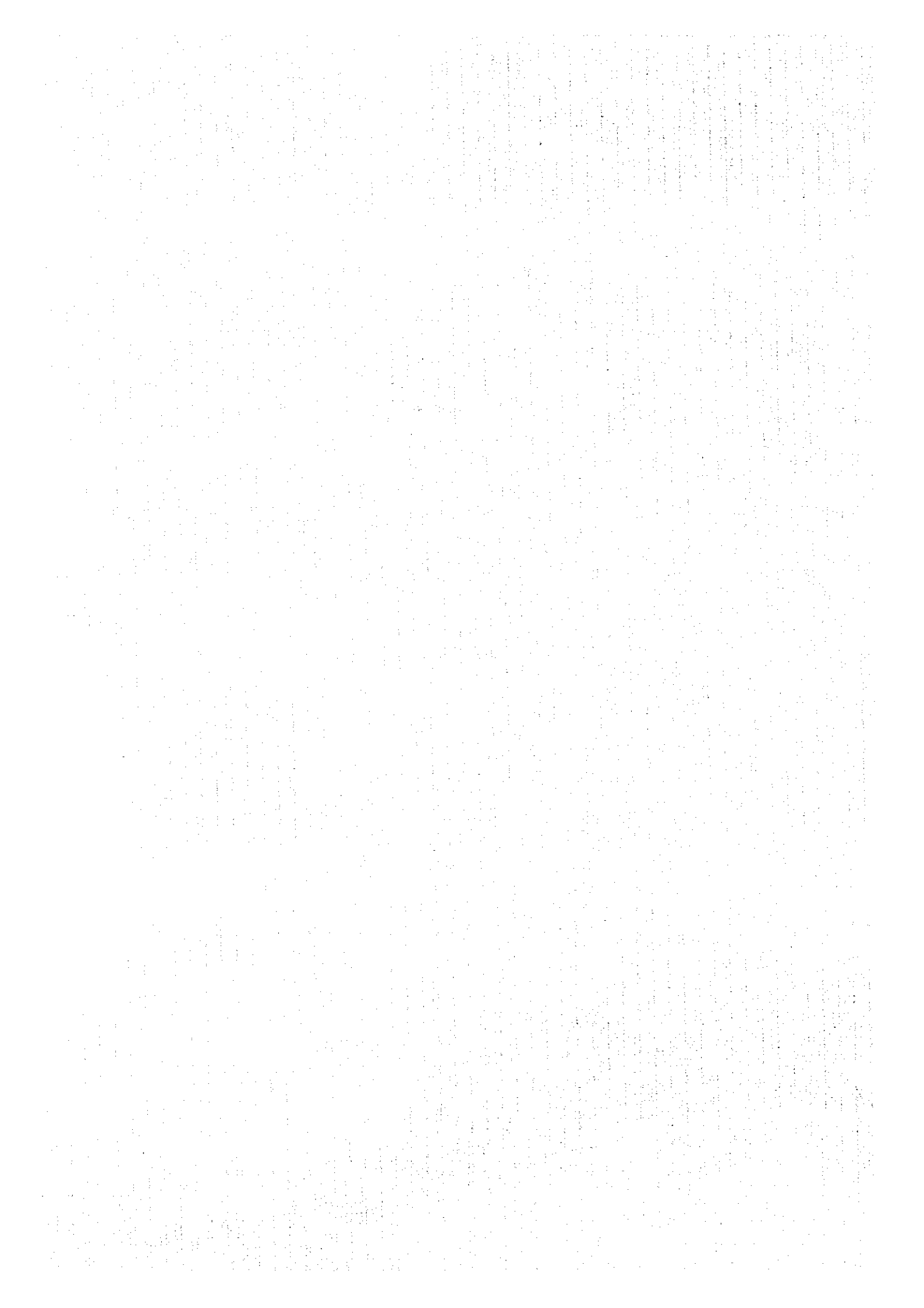
ブエノス・アイレス市立消化器病院

Hospital de Gastroenterologia "Dr. Carlos Bonorino Udaondo"

訪問日：1997年7月23日

機関概要	過去に、JICAによる医療機材供与を行った。癌分野を中心に、多数の研修員を送出しているが、定着率は50%程度である。
主要面会者	Dr. Francisco Eduardo Ferro 院長 Dr. Rodolfo E. Corti 副院長。食道・胃部門長 (帰国研修員) Dr. Alejandro Daniel Faerberg 外科医師 (1996 「がん対策Ⅱ」) Dr. Ernesto Issac Wasserman 癌部門医師 (1994 「がん対策Ⅱ」)
体制	医師 100名。
設備	108床。(うち内科46、外科40、肝臓15。看護婦数が不足して、活用されないベッドが存在する。) フジノンの内視鏡を使用。
主な活動	大腸ポリープの登録を行っている。 WHOの関係で遺伝子検査を行っている。 入院患者はまず歯科を受診し、必要な歯の治療を行った後に消化器の診療を行う。(歯から肛門までが消化器分野で扱う部位であるとのこと) 近隣諸国からの患者も治療するが、その場合は殆ど治療費が徴収できない。
帰国研修員との面談結果	Dr. Alejandro Daniel Faerberg (1996 「がん対策Ⅱ」) Dr. Ernesto Issac Wasserman (1994 「がん対策Ⅱ」) 研修はすべて非常に役に立っている。病院と国立がんセンターでの医療機材の種類に格差はそれほどない。(ただし、型式は古いものである。) 他の諸国の研修員とは帰国後も相互に情報交換している。国を越えた人間関係ができたことが、研修の副次的なメリットであった。 研修に対する要望： 研修員の経験・技術レベルに差があった。アルゼンティンでは研修の成果は殆ど活用できるが、すべての研修員が皆そうだとは限らない。

2. 手　　り



(1) 当該分野の現状と問題点

現状はアルゼンティンとほとんど変わらない。チリで特記すべきことは、政府が乳癌の早期発見に力を入れていることと、小児癌について国家がプロトコールを決めて国立病院で研究していることである。ほかに、禁煙運動も盛んである。チリでは、とくに民間医療機関の中でも最上級の病院であるドイツ病院の見学ができたことは南米の医療状況の実状と問題点を知る上で有意義であった。ここの設備は日本の一流施設と同等であり、資本さえあれば、南米でもこのような病院が成り立つという見本と思われる。ただし、公共医療機関と違ってある選ばれた階級の者しかその恩恵にあずかることができない。

(2) 当該分野の日本での研修に対する期待

チリでも癌に対する日本の研修制度は高く評価されている。しかし、チリからの具体的な研修制度の提案というものはなく、漠然と癌全体に関する研修制度を希望していた。また、昨今のエイズ患者の増加を背景に、エイズに関する研究にも興味を示していた。

(3) チリ保健医療関係指標

	チリ	ラ米及びカリブ地域
妊産婦死亡率（新生児 10 万人当たりの死亡数）		(1993) 180 人
総出産数に占める保健員付添をえた出産の割合	(1983-94) 98%	(1983-94) 83%
医師一人当たりの人口	(1988-91) 943 人	(1988-91) 1,039 人
看護婦一人当たりの人口	(1988-91) 3,846 人	(1988-91) 3,500 人
一人当たりの一日のカロリー供給量	(1992) 2,583 カロリー	(1992) 2,757 カロリー

出所 Human Development Report 1996 UNDP

(単位：%)

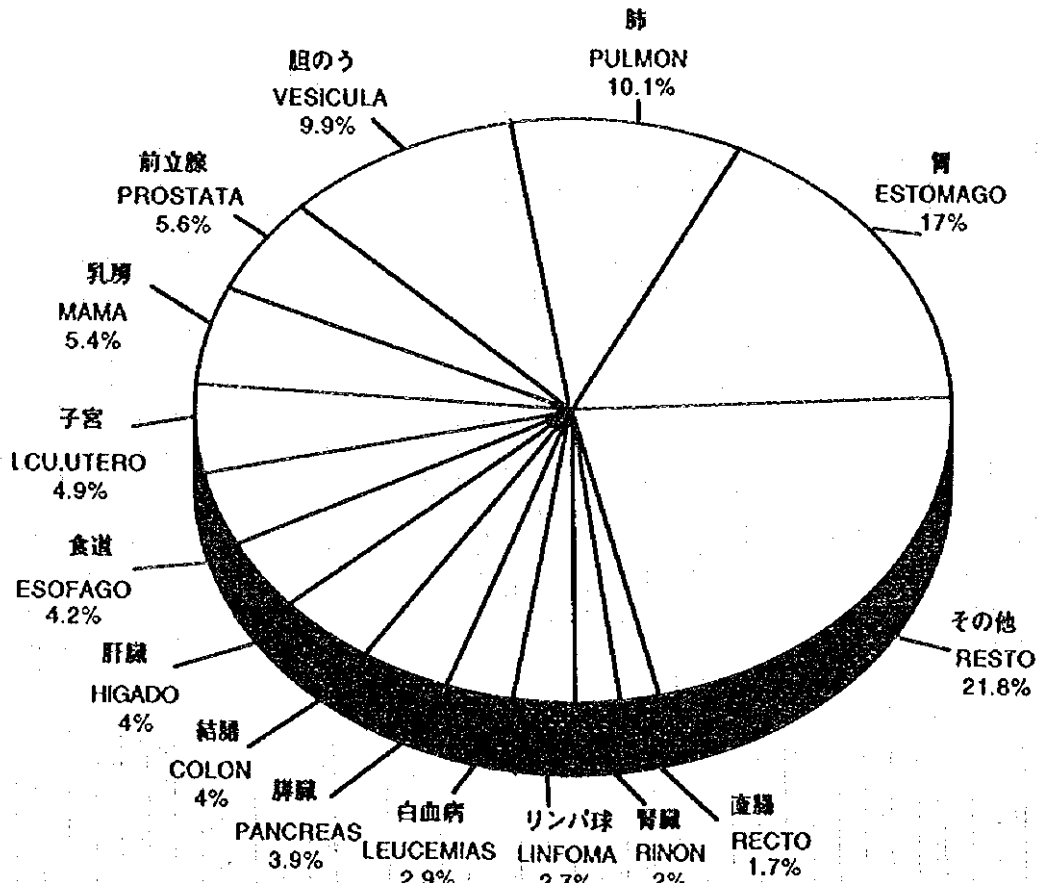
	チリ	ラ米及びカリブ地域
総人口に占める安全な飲料水を手に入れる人の比率	(1990-95) 全国 都市 農村 85 94 37	(1990-95) 全国 都市 農村 80 87 51
総人口に占める適切な衛生施設を利用できる人の比率	(1990-95) 全国 都市 農村 83 84 5	(1990-95) 全国 都市 農村 68 71 36
総人口に占める保健サービスを受けられる人の比率	(1985-95) 全国 都市 農村 97 N.A. N.A.	(1985-95) 全国 都市 農村 73 81 51
子防接種率（対 1 歳児）	(1990-94)	(1990-94)
結核	96	93
3 種混合	92	82
ポリオ	92	80
はしか	96	83

出所 「世界子供白書 1996」1995 UNICEF

1995年におけるチリの10大死亡原因			住民100,000人
TEN MAIN CAUSES OF DEATH IN CHILE 1995	死亡者数	%	当たりの 死亡率
循環器系疾患 (Circulatory System Illnesses)	21,115	26.8	148.6
悪性腫瘍 (Malignant tumors)	16,429	20.9	115.6
外傷および中毒 (Traumatism and poisoning)	9,883	12.6	69.5
呼吸器系疾患 (Respiratory System Illnesses)	8,836	11.3	62.2
消化器系疾患 (Digestive System Illnesses)	5,758	7.3	40.5
徴候および症状の誤診 (Signs and Symptoms Wrongly defines)	3,998	5.1	28.1
内分泌系疾患 (Endocrine System Illnesses)	2,805	3.6	19.7
感染性および寄生虫性疾患 (Infectious and Parasitical Illnesses)	2,087	2.7	14.7
尿生殖器系疾患 (Genitourinary System Illnesses)	1,690	2.2	11.9
周産期性疾患 (Perinatal Illnesses)	1,022	1.3	7.2
その他 (Rest)	4,908	6.2	34.5
合計 (TOTAL)	78,531	100.0	

出典：MINSAL (保健省)
(SOURCE: MINSAL)

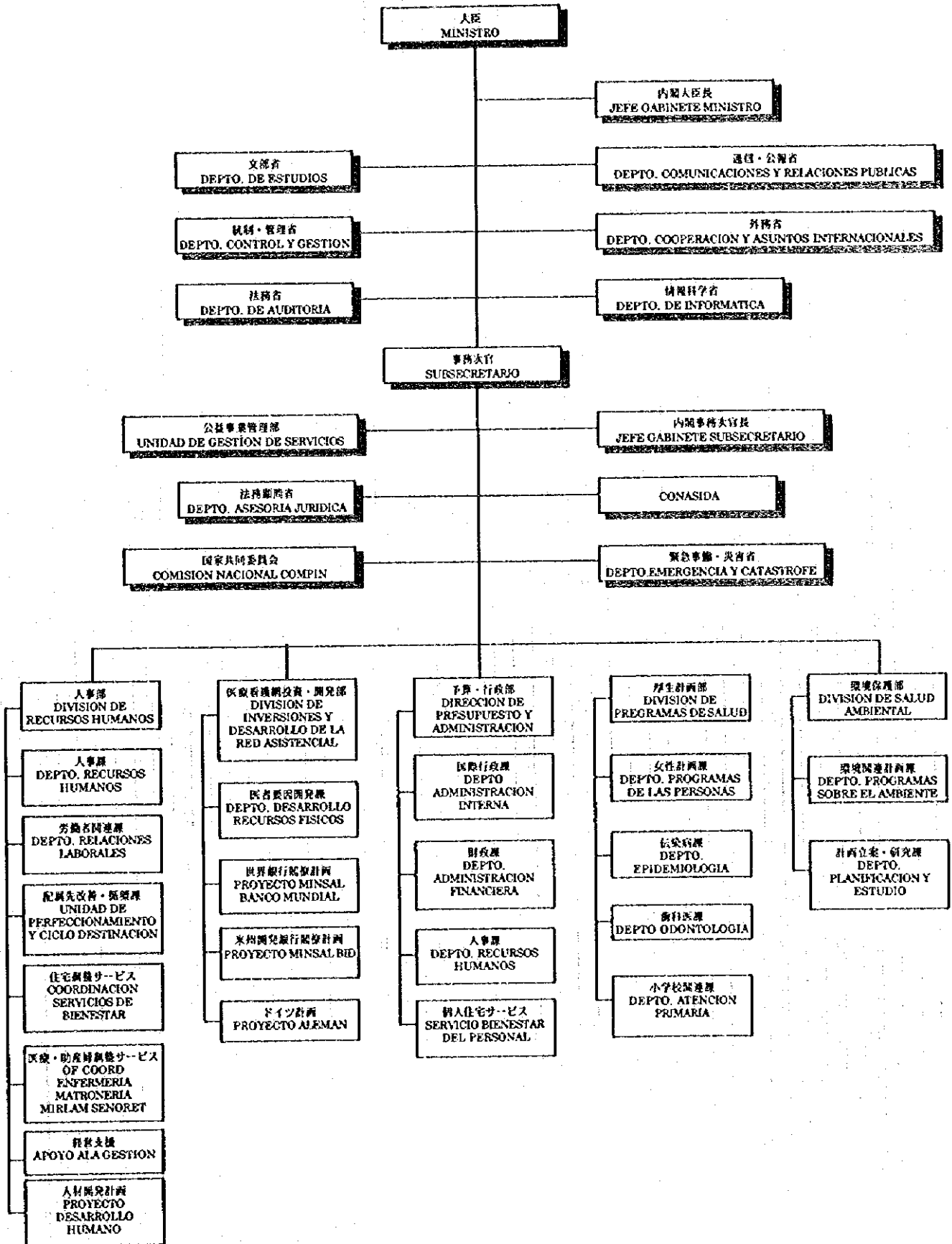
癌の部位別分布図 (全国、1994年) チリ
 (DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUERTES POR CANCER, CHILE 1994)



出典：MINSAL (保健省)

UNIDAD DE CANCER, MINSAL

[チリ保健省組織図]



チリ消化器病研究所

Instituto Chileno-Japones de Enfermedades Digestivas
Hospital Clínico "SAN BORJA-ARRIARAN"

訪問日：1997年7月25日

機関概要	<p>1987～1995年「チリ消化器がんプロジェクト」、1980～1994年第三国研修「胃腸病学」を実施したサイトであり、JICAにより長年に亘り多くの協力がなされている。プロジェクトのカウンター・パートの多くは辞めていったが、この2年間の帰国研修員の定着率は100%である。</p> <p>現在JICA専門家として、東京医科歯科大学第二外科の竹中暁医師がプロジェクトのフォローアップ技術指導中。</p>
主要面会者	<p>Dr. Hernan Iturriaga 所長 Dr. Jorge Garcia Silva 副所長 Dr. Roberto Carlos Segovia 消化器科医師 (1996「がん対策Ⅱ」) Dr. Ricardo Estela Petit 消化器科医師 (1996「早期胃癌診断Ⅱ」) Dr. Alfonso Sandoval Medina 消化器科医師 (1995「早期胃癌診断Ⅱ」) Dr. Ling Vargas Tonk 消化器科医師 Dr. Carlos Barrientos 消化器科医師 Dr. Wanda Fernandez Maza 病理学医師</p>
体制	<p>医師：14名。看護婦：1名。検査技師：5名。 総従業員：33名。その他嘱託等（機器保守、電気技師等）15名。</p>
設備	<p>かつてプロジェクトで供与した大量の機器を有するが、どれも老朽化しており、機材の更新もほとんどなされていない。 CTは7年前にチリで一番最初に導入したが、現在では最も古いものになってしまっている。</p>
主な活動	<p>病院で取り扱っている疾患は①消化器②循環器③泌尿器の順。 1996年の消化器外来は約5,000件。消化器癌では胃痛、胆嚢癌が多い。(3,000件の内視鏡検査で46例の胃痛を診断し、うち4例が早期胃癌であった。)食道癌・胃癌の手術死亡率は以前は10～15%であったが、最近では2.2%まで改善している。 病理学は南米一の質を誇っている。胃の悪性リンパ腫、ヘリコバクター・ピロリに関する分子生物学的研究も行っている。</p>
帰国研修員との面談結果	<p>Dr. Alfonso Sandoval Medina 消化器科医師 (1995「早期胃癌診断Ⅱ」) Dr. Ricardo Estela Petit 消化器科医師 (1996「早期胃癌診断Ⅱ」) Dr. Roberto Carlos Segovia 消化器科医師 (1996「がん対策Ⅱ」)</p> <p>粘膜切除、超音波内視鏡技術は、所属先の有する機器が旧式であることにより、帰国後活用されていない。その他に研修で習得した知識や技術は、すべて活用されている。</p> <p>個々の研修員に合わせた個別対応の研修が多かったため、特に研修員同士のレベル差が研修の支障となることはなかった。</p> <p>研修に対する要望： 実習時間が単なる見学だけなので、もの足りなかった。 国立がんセンターでのモーニング・カンファレンスを英語で行ってくれた指導医師がおり、非常に有益であった。今後も可能な限り、英語でしてくれると研修員のためになる。</p>

チリ・リカ・パルド・コリア 癌研究所

Instituto Oncologico

"Dr. Caupolican Pardo Correa"

訪問日：1997年7月28日

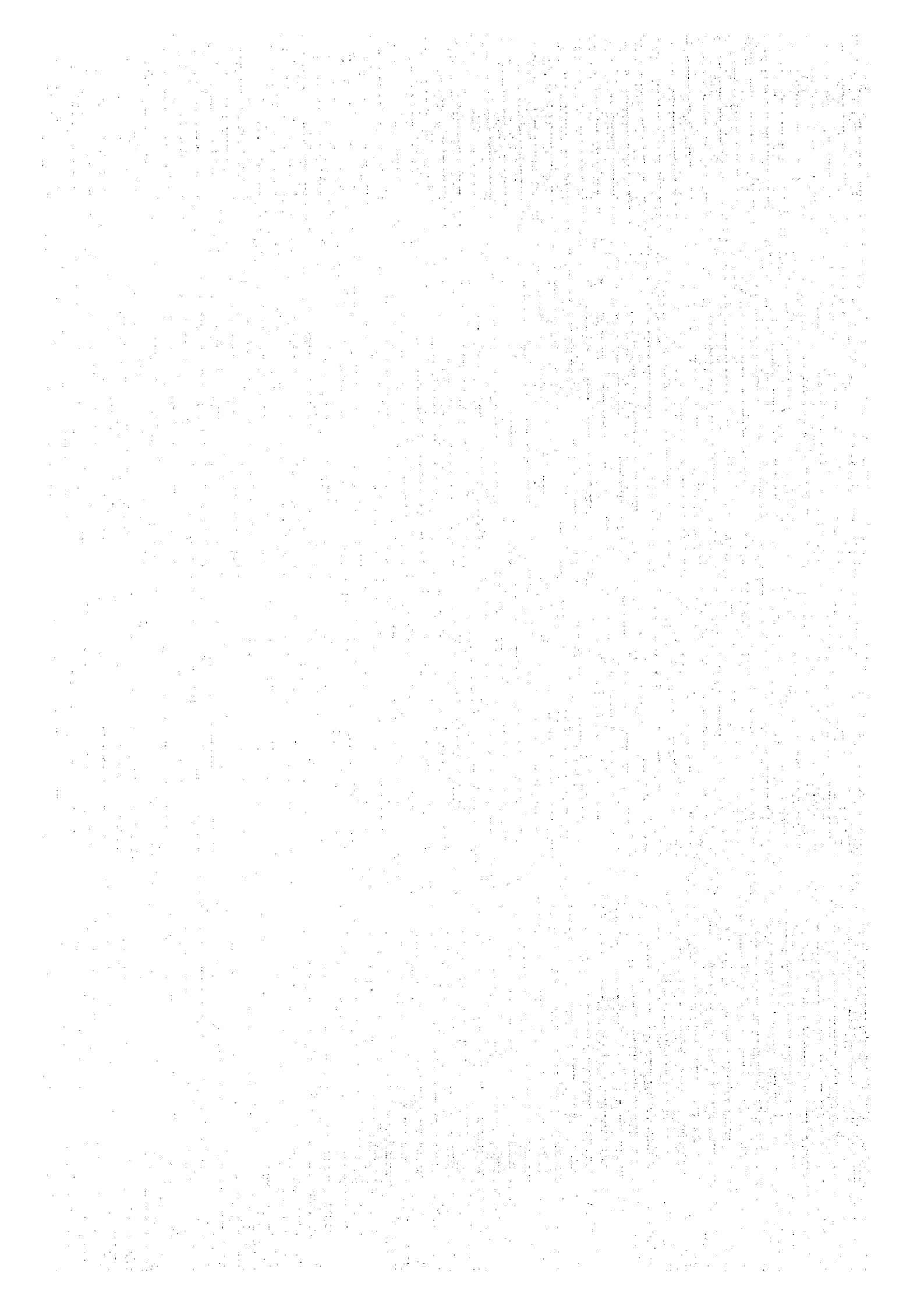
機関概要	1922年創立。 唯一の国立癌専門病院。 実質的にチリ全人口の1/3をカバーしている。
主要面会者	Dr. Rodrigo Castillo 所長 Dr. Mauricio Camus 消化器科医師 (1995「がん対策Ⅱ」) Dr. Cristian Trujillo 外科医師 (1996「早期胃癌診断Ⅱ」)
体制	全従業員：180人 (医師：40、看護婦：13、技師・栄養士他)。 建物は古いが良い整備されている。公立病院では珍しく奇麗である。
設備	80床 (うちpain care 4床)。患者収容率65%。 放射線治療部ではコバルト2台、リニアック1台が稼働 (土曜日にも治療を行っている)。
主な活動	新規外来は約3,000件/年 (全国癌患者の約40%) 患者サービスに心がけている。 外科では乳癌に重点を置いている。 診療は無料。年間予算の80%は人件費に費やされる。年々予算不足が深刻化している。収入を得るため、特別個室を10室持っている。 大学の教育病院としても機能している。チリ大学医学部学生を4か月間研修させたり、レジデント等も受け入れている。 1997年8月1日に研究所の事業を支援するための援護基金を設立。
帰国研修員との面談結果	Dr. Mauricio Camus 消化器科医師 (1995「がん対策Ⅱ」) 同人が、癌研究所において唯一JICA研修を受けた医師である。 保健省は通常癌研究所に対して日本での研修の情報を提供しない。今回はAGCIから直接にG.I.を取り寄せた。 共通講義部分は、一般知識のためには有益な点もあったが、専門性に欠けるので全般的にももの足りない。また一日に2時間しか講義が組まれてない日があり、時間が有効に活用されなかった。可能ならば講義を減らし、個別研修を増やして欲しい。 研修員によっては、研修に必要とされる基礎知識も十分に持っていない者がいた。個別研修部分が多かったため、全体には影響しなかったが、研修効果に疑問が残る。 ジョネラル・オリエンテーションや研修旅行で日本の一般事情を知る機会が持ててよかった。 研修に対する要望： 研修医は指導医に一日中張り付いて研修をする。医師の外来における患者への対応等も研修に盛り込むと有益と思われる。

ドイツ病院 Clinica Alemana

訪問日：1997年7月29日

機関概要	チリ国内の民間医療機関では最大規模、最高レベルの診療技術を有している総合病院。1973年創設。その際ドイツの教会の資金援助を受けたが、今に到るまで自国・外国政府の援助を受けたことはない。
主要面会者	Dr. Ling Vargas 内視鏡医師
体制	医師：500名。医師の90%程度は外国研修経験あり。 看護婦：182名。 検査技師：70名。 総従業員：1,600名。
設備	250床（常に満床に近い）。うち159床が個室。 ICU：6 CCU：20 各種医療機器も最新のものが揃っている。 MRIはチリで最初に導入。放射線診断装置は質の良いものが揃っている（当直制で365日、24時間稼働）。 CTは1日38件。 内視鏡検査は1日15～18件。 循環器専用の手術室を持っている。
主な活動	Privateの患者を対象としている。 取り扱っている疾患は①消化器②循環器③泌尿器の順である。 1996年の消化器外来は約5,000件。 内視鏡50～80例。骨髄移植10～12例。 癌・放射線療法ユニットでは、あらゆる種類の癌を診療可能。
帰国研修員との 面談結果	帰国研修員なし。

3. ウルグアイ



(1) 当該分野の現状と問題点

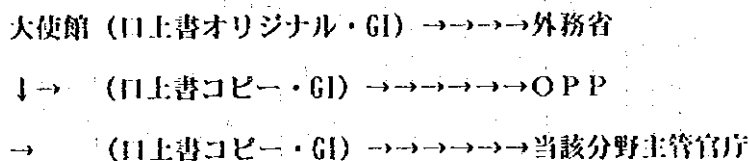
主管政府行政組織が有機的に機能していないため、詳細は不明であるが、医療関係者の話によると医療状況はアルゼンティンと変わらない。

(2) 当該分野の日本での研修に対する期待

研究に対する基本的ニーズは非常に高い。モンテビデオ市においては、消化器病関係では必ずどこかで帰国研修員の誰かに出会うようになっており、研修した技術は多方面に活用されている。

(3) 研修員募集及び応募のプロセス

本来の行政手続き的には、大使館→外務省→OPP→当該分野主管官庁のルートを通すしなければならないこととなっているが、これではあまりにも時間を要するため、在ウルグアイ日本大使館では次の措置を講じてルートを短縮している。



しかしながら応募については本来の行政手続きを要するため、当該分野主管官庁→OPP→外務省(口上書・A2A3)→大使館のルートを経ているが、当該分野主管官庁の手続きさえクリアーされれば大きな問題はない。

医療関係のコースについては、次の機関に対し口上書コピー・GIを添付しているが、それぞれの問題点等は次のとおり。

① 外務省国際協力局

外国出先機関(大使館等)に国内機関の要請が正式に書面で伝達するための事務のみが機能しており、政策的な判断と交渉を行う権限があるにもかかわらず機能していない。

この結果、要請内容に意見をはさむこともしないため要請手続きは極めてスムーズに行われている。

② 予算企画庁国際協力部

1986年7月16日付政令第371/986号に基づき二国間及び多数国間の国際技術お

よび経済協力活動に関し政府部内を調整する権限が付与された。したがって全ての技術協力の要請は、研修員の送り出し手続きを含めて、全てこのOPPを介さねばならないこととなっている。しかしながら上記外務省と同様本来の権限が機能していないため要請手続き上大きな問題はない。ちなみに専門家の要請手続きは同庁次長のサインを要するため遅れがちであるが、研修員の場合は国際協力部長ないしは代理のサインで足りる趣であり、研修員が頼み込めば即時に同庁を通過することができる。

③ 厚生省

全く関心を示さず、関係病院などに通報することもしない。

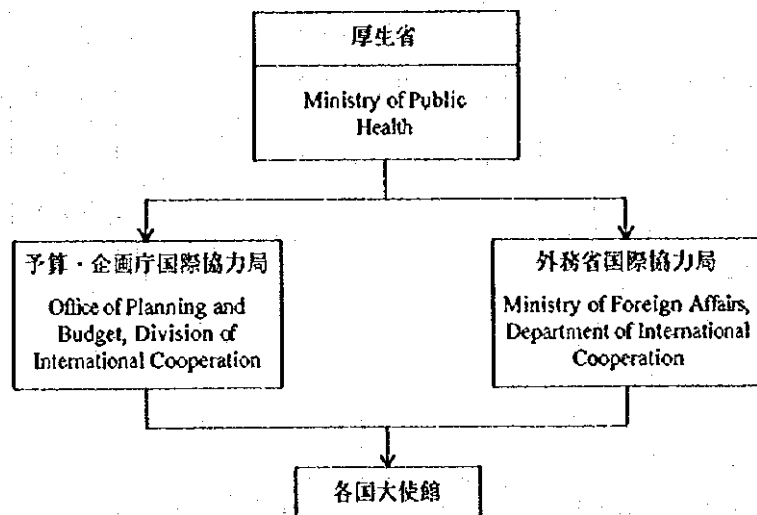
④ 国立大学医学部付属病院

- a. 公示・公募及び理事会による選抜が原則であるため、関係科の教授による推薦は認められない。
- b. また諸手続きが緩慢で熱意がないため、推薦が締切日まで間に合わない。特に理事会の選抜が遅れ締切日以降に推薦越すケースもある。
- c. 関係科の教授陣も人選・推薦に熱意がなく参加候補者をサポートしない。それにもかかわらず別の機関からの候補者を受け入れた場合、大使館に抗議を申し入れて来る。

⑤ 民間医療機関

前年の要望調査時に関心を示した機関のみに対し参加推奨しているのも、特に問題はない。

ウルグアイにおける保健医療分野研修員受入要請書の流れ



(4) ウルグァイ保健医療関係指標

	ウルグァイ	ラ米及びカリブ地域
妊産婦死亡率（新生児10万人当たりの死亡数）	(1993) 85人	(1993) 180人
総出産数に占める保健員付添をえた出産の割合	(1983-94) 96%	(1983-94) 83%
医師一人当たりの人口	(1988-91) N.A.	(1988-91) 1,039人
看護婦一人当たりの人口	(1988-91) N.A.	(1988-91) 3,500人
一人当たり一日のカロリー供給量	(1992) 2,750カロリー	(1992) 2,757カロリー

出所 Human Development Report 1996 UNDP

(単位：%)

	ウルグァイ			ラ米及びカリブ地域		
総人口に占める安全な飲料水を手に入れる人の比率	(1990-95)			(1990-95)		
	全国	都市	農村	全国	都市	農村
	75*	85*	5*	80	87	51
総人口に占める適切な衛生施設を利用できる人の比率	(1990-95)			(1990-95)		
	全国	都市	農村	全国	都市	農村
	61*	60*	65*	68	71	36
総人口に占める保健サービスを受けられる人の比率	(1985-95)			(1985-95)		
	全国	都市	農村	全国	都市	農村
	82	N.A	N.A	73	81	51
予防接種率（対1歳児）	(1990-94)			(1990-94)		
結核	99			93		
3種混合	88			82		
ポリオ	88			80		
はしか	80			83		

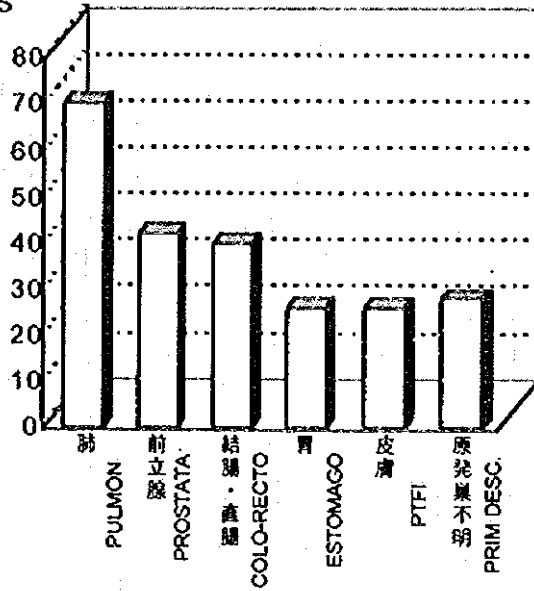
(注)*：数値は指定の期間以外のもの、あるいは国内の一部地域のもの。

出所「世界子供白書 1996」 1995 UNICEF

ガンによる死亡状況 (全国, 1991年) ウルグアイ
 INCIDENCIA DEL CANCER EN URUGUAY 1991

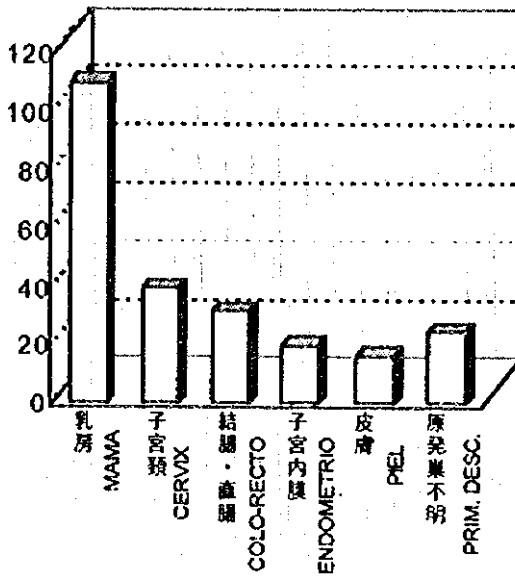
男性
HOMBRES

割合
TASAS



女性
MUJERES

割合
TASAS



ウルグアイ国立大学医学部附属病院

Hospital de Clinicas, Universidad Nacional de Uruguay

訪問日：1997年7月30～30日

機関概要	ウルグアイ唯一の国立大学の医学部附属病院。1950年設立。通称 "Hospital de Clinicas" (総合病院) と呼ばれている。各科同国一のレベルと規模を有する。教育、診療、研究機関として国内の医療分野をリードしてきた。
主要面会者	Dr. Zevallos 消化器科教授 Dr. Navaretti 病理学科教授 Dr. Henry Cohen 消化器科助教授 (1983 「がん対策Ⅱ」 1986プロジェクトC/P) Dra. Elena Fosman 消化器科助教授 (1990プロジェクトC/P) Dra. Maria Cristina Dacol 消化器科 (1985 「がん対策Ⅱ」)
体制	癌科、医師10名。レジデント3名。
設備	消化器18床 (本来は30床あるが、経済的理由で全床使用不可)。プロジェクト実施中は多数の医療機器がJICAから供与されたが、終了後そのほとんどは更新されないまま今日に到っている。
主な活動	上部内視鏡15件。大腸3件。 ERCPは週2回。 放射線科では2年前までフランスの協力を受けていた。
帰国研修員との面談結果	Dr. Henry Cohen (1983 「がん対策Ⅱ」 1986プロジェクトC/P 「超音波診断」 順天堂大学) Dra. Elena Fosman (1990プロジェクトC/P 「早期大腸癌診断」 癌研究会) Dra. Maria Cristina Dacol (1985 「がん対策Ⅱ」) Dr. Daniel Taullard (1988 「早期胃癌診断Ⅱ」) 研修成果は帰国後100%活用している。帰国後研修を活かして盛んに論文や学会発表を行っている。本邦研修で、ウルグアイで応用できないものはない。 他国の研修員と面識を持ったことは有益であった。 ただし、自国の医療機器は現在ほとんどが旧式のものになっており、最近の研修員は日本のそれとのギャップに苦しむ者もいる。 研修に対する要望： 医療分野は日新月异なので、継続的に、特に若手の医師を受け入れて欲しい。また帰国研修員の再研修も考慮してもらいたい。 医療技術の移転という観点からは、専門家派遣 (1週間～1カ月、可能であれば長期。特に大腸内視鏡や、内視鏡治療、乳癌・肺・消化器・泌尿器分野) が有効である。宿舎提供程度ならばウルグアイ側の負担も可能である。

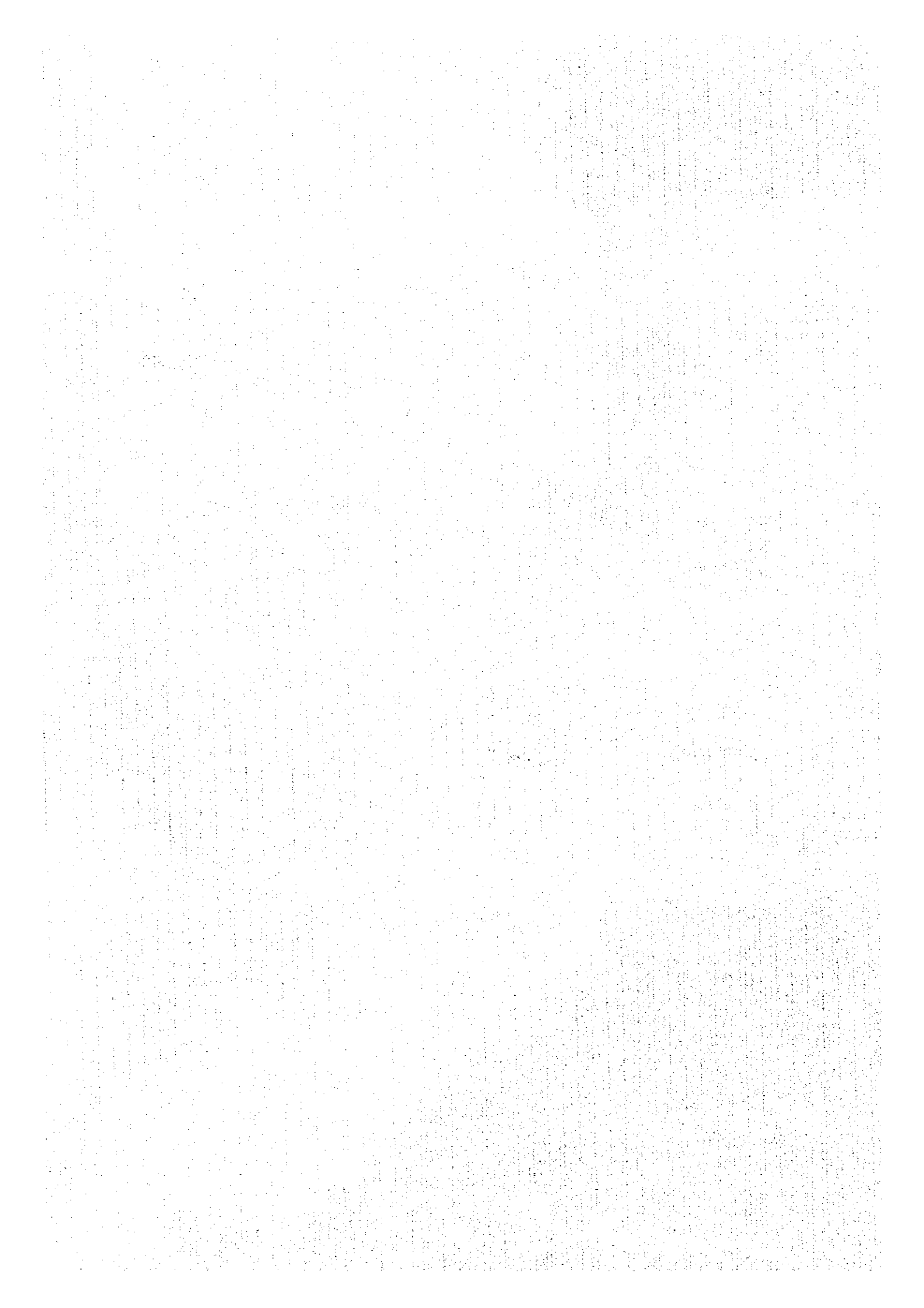
消化器病理診断センター

Centro de Diagnosis de la Patologia Digestiva

訪問日：1997年7月30日

機関概要	<p>病理学分野の帰国研修員が中心となって設立した、同国初めての病理診断専門センター。内視鏡診断や他医療機関からの病理診断の受託などを行い、活発に活動している。</p> <p>ウルグアイ医療組合病院 (Medica Uruguay) 内に間借りしているが、経営上は医療組合とは無関係。私立である。</p>
主要面会者	<p>Dra. Ana Luisa Marino 病理医師(1989「消化器癌病理学」)</p> <p>Dr. Julio Rodriguez 病理医師(1987プロジェクトC/P「病理学」)</p> <p>Dra. Mariela Rondan 病理医師(1989「がん対策II」)</p> <p>3名いずれも大学病院病理学助教授兼務</p> <p>Dr. Gustavo De Simone 内視鏡主任</p> <p>Dr. Carlos Bocarko 内視鏡助手</p> <p>Sra. Kinoe Kimisawa 検査部門検査技師</p>
体制	<p>病理医師はすべて帰国研修員。診断の精度高く、徐々に国内での信頼を勝ち得ている。</p>
設備	<p>内視鏡 (フジノン)、病理診断のためのコンピューター、検査機器を有する。</p>
主な活動	<p>病理部門と内視鏡部門、検査部門からなる。</p> <p>他の医療機関から外注された病理診断を行ったり、独自に内視鏡診断をする。</p> <p>データ・ベースをCD-ROM化している。</p> <p>診断法、病歴、血療法等が画像で現われるコンピューター・ソフトを開発。</p> <p>内視鏡10~15件/日。</p> <p>生検の診断結果を、24~48時間以内にレポートとして作成している。</p>
帰国研修員との面談結果	<p>Dra. Ana Luisa Marino 病理医師(1989「消化器癌病理学」)</p> <p>Dr. Julio Rodriguez 病理医師(1987プロジェクトC/P「病理学」)</p> <p>Dra. Mariela Rondan 病理医師(1989「がん対策II」)</p> <p>特に意見なし。</p>

IV. 活動総括と研修コース改善への 具体的提言



1. 活動総括

今回のフォローアップ・ミッションで訪れた3都市（ブエノスアイレス、サンティアゴ、モンテビデオ）は、南米の中では経済力もあり、非常に先進的な都市であり、医療面でも周辺都市と比較して、非常に進んでいるところである。したがって、今回訪問した3都市が、南米の実状をすべて表すとは考えられず、周辺諸国はもっと経済的に苦しい状況にあると思われる。

しかし、今回のミッションで訪れた3都市は、癌研修のフォローアップをするためには非常に適していたと考えられる。その理由としては、公共医療施設が適度に設備の整った病院（日本の現状と比較するとやはり10年程前の病院の印象はあるが）であり、研修員もその技術を帰国後、活かすことができる医療的土壌があることである。全体的な印象としては、様々な医療機器が、一世代前の物のようであったが、その能力を最大限に有効利用して医療を行っている感じを受けた。それぞれが、真摯に癌に対する医療を行っているという熱意が感じられた。

ただし、南米の医療状況に共通の問題であると考えられるが、公共医療施設が「いわゆる施療施設」であり公共福祉的な意味合いが強く、そこに勤務する医師の給料は驚くほど安く、ほとんど無料奉仕に近い状態である。そのために、どの勤務医もほとんど午後は、民間病院もしくは私的診療所（プライベート・クリニック）で働いて生活の糧を得ている。いずれにせよ、公的病院と民間病院との差が大きく、貧しい人は公的病院で医療を受け、裕福な人は高い保険料を払って民間の良い病院を選ぶことができるという点は大きな社会的問題があると思われた。

2. 研修コース改善への具体的提言

今回調査対象としたアルゼンティン、チリ、ウルグアイの三か国においては、いずれも癌が死因の第二位を占めており、癌対策は重要であり、国の政策面での優先順位も高い。帰国研修員はそれぞれの施設において日本で学んだことを活用しており、癌医療に対する熱意が感じられた。したがって、癌医療に関係した3コース、すなわち「がん対策Ⅱ」、「早期胃癌診断Ⅱ」、および「消化器癌病理学」のニーズは十分認められ、今後とも継続して行うべきであると考えられるが、今後以下の点について考慮すべきであろう。

(1) 研修コース

上記3か国をはじめ南米諸国では消化器癌が多く、かつ消化器癌対策は日本が世界に誇りうる分野であるので、消化器癌に関するコースを継続する意義は大きい。しかし、各国のニーズも考慮して最近増加しつつある肺癌等に関するコースの創設も今後は検討する必要がある。

(2) 研修対象者の地域別の扱い

今回調査対象とした3か国には共通した問題も多い。医療環境や医師の知識や技術のレベルでも似通っている。こうした国の研修医とアジア・アフリカの研修医を一緒のコースで対象とするのは必ずしも効率がよくない。内視鏡機器のないような病院から来た医師と、今回訪問した3か国のように比較的レベルの高い国の医師を同時に研修させるのは問題もある。今後は地域や各国の医療レベルや特性に合わせた研修コースの創設も考慮してよいのではないと思われる。

(3) 研修員の選考

上記3コースの参加医師の選考は、当該国において必ずしもスムーズに行われてはいない。すなわち、日本側から提示された募集要項が十分に伝達されていない向きがあり、たまたま募集を知った医師が応募してくることがあるようだ。個人的に関心のある医師のみが応募するような環境ではなく、国として将来の当該分野での活動を考慮した上で研修を受けさせる必要のある人物が推薦されるようなシステムが必要である。また、募集要項の提示から最終決定までにもう少し時間的な余裕があったほうがよい。

(4) 帰国研修員相互のネットワーク

帰国研修員は日本において共に研修を受けた他国の医師と個人的にはコミュニケーションをもっている場合もあるようだが、相互のネットワークのようなものは存在せず、医学的な情報交換や共同研究などは考えられていない。しかし、今回訪問した3か国などでは国を越えて患者が治療に訪れる場合も少なくないようで、帰国研修員を中心としたネットワークがあれば役に立つのではないかと考えられる。南米域内だけでも「JICA帰国研修員の会」のようなものを考えてもよいのではなかろうか。

(5) マルチメディア時代の対応

最近世界的にマルチメディアの時代と呼ばれている。少なくとも今回訪問した南米の3か国においては、コンピュータが利用されており、今後ますますその利用度は高まるものと思われる。二十一世紀を目前にして、外国人研修にもコンピュータを取り入れたプログラムを考えていかなければならないかもしれない。

また、インターネットを用いた日本-途上国または途上国-途上国の医療情報の交換ネットワーク・システムの構築も、実際の診療に非常に有益であり、今後本格的に取り組むべき課題であろう。

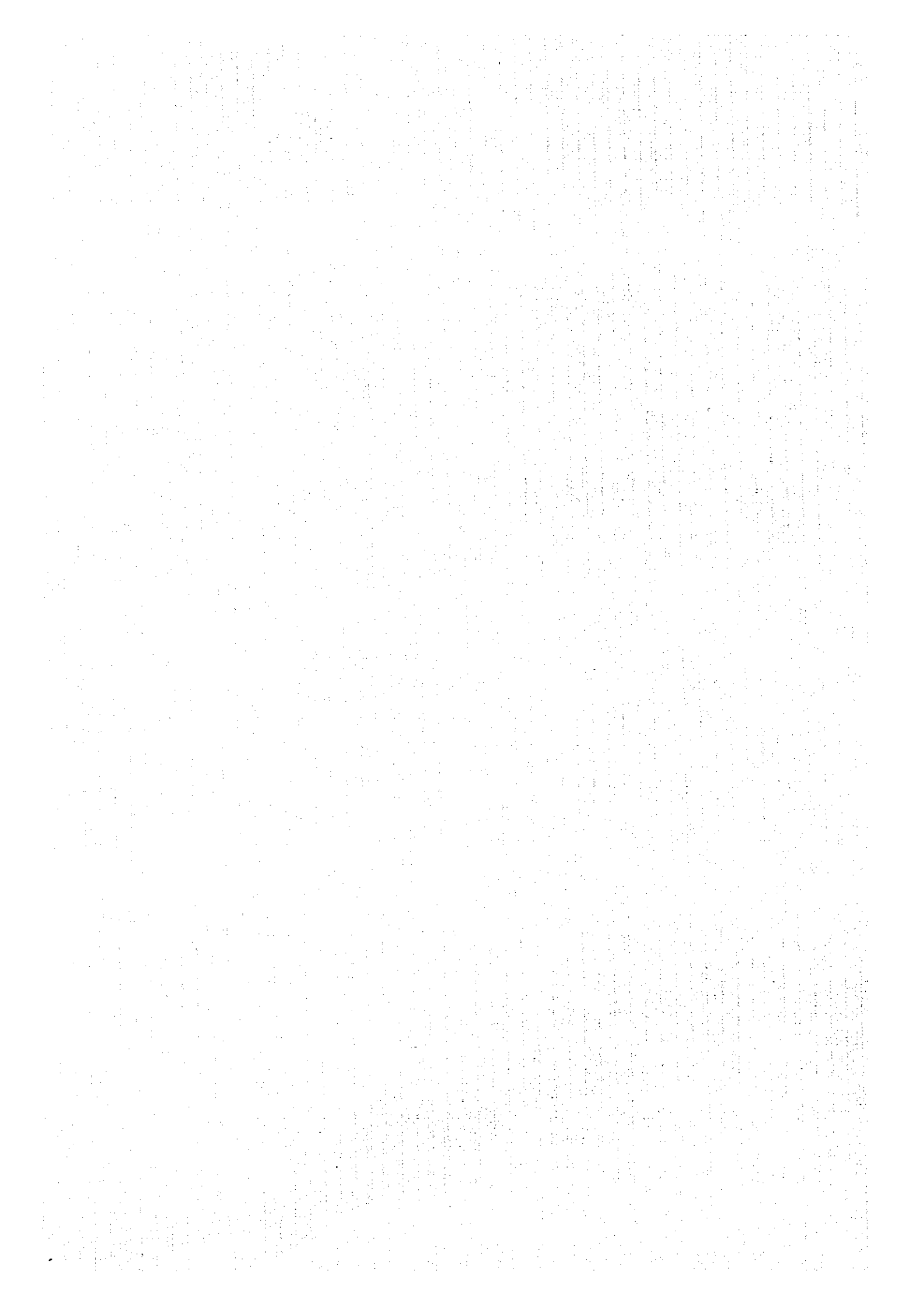
(6) フォローアップ

今回、帰国研修員のフォローアップを行い、その意義は十分に感じられた。各国の医療状況は日進月歩であり、今後も計画的にフォローアップを行うべきである。また、次回は前もって十分な準備をし、余裕をもって帰国研修員とコミュニケーションがとれるようにすべきである。今回の南米訪問中に、十数年前に日本で内視鏡の指導を受けたことのある医師が遠路調査団に会いに来たが、本研修事業が、十数年たっても帰国研修員それぞれにとって貴重な経験であったことを示すものであるとともに、この十数年間に、相互の接触の機会がほとんど無かったことは実に残念であったと思われる。

V. 資 料

(Questionnaire回答集計表)

1. アルゼンティン



研 修 員 所 属 先

I. 研修コースの評価

1. 上記の目的・目標は貴国の本分野の需要を満たしますか？

はい 2 / いいえ

理由：

— 当院からの研修員は日本でガンの取り扱いについて非常に重要な知識を得て、それをできるだけ早く適用しようとしている。しかし一方で、技術的、経済的状況からそれが困難に、あるいは不可能にさえなっている。日本で学んだことにより、医師達の医学的行動が、日本のそれに近づこうとして明らかに変わってきている。

(Bonorimo Udaondo 消化器病院)

— 我が国でも優先度の高い、一般病理を取り扱っている。病理の広範な分野に互っておりコースの水準は非常に高い。

(Servicio de Patologia - H. I. G. A. San Martin - La Plata - Argentina)

2. 貴国の通信技術の分野における需要をより適格に満たすために、上記の目的・目標を変更する必要はありますか？

はい / いいえ 2

はいの場合、提案または代替の目的・目標を説明してください。

3. 日本より帰国後の研修員を貴機関は評価しますか？

はい 2 / いいえ

はいの場合、どのように評価するのか教えてください。

- 1) 普通、個別のインタビューと他のドクターとのカンファレンスを行う。
- 2) 該当する分野での医師的行動が変化したかどうかで、研修員を評価する。

(Bonorimo Udaondo消化器病院)

- 元研修員の日々の活動を継続的に監視する。部内の5人の病理学者中4人が元研修員。(Servicio de Patologia - H. I. G. A. San Martin - La Plata - Argentina)

II. 研修員選考

1. JICA研修コースのための研修員をどのように選考しますか？応募に関して詳細を説明してください。

- JICAの医学コースへの招へいについて公表する。参加を希望する医師の中から当院にとって最も有益な計画を立てた者を選択する。(Bonorimo Udaondo消化器病院)

2. 応募者選考にはどのくらい（月、週、日間）かかりますか？

1 ヵ月 (Bonorimo Udaondo消化器病院)

3. どの機関から本研修コースに関する情報を得ましたか？（誰から／どの機関から本コースのG-Iを入手しましたか？）また、どのように貴機関の部下に本コースに関して伝えましたか？

- 直接JICAから。病院内でJICAの情報を公開する。(Bonorimo Udaondo消化器病院)
- 保険省から病院管理部に直接情報が与えられる。(Servicio de patologia - H. I. G. A. San Martin - La Plata - Argentina)

III. 適用性

1. 帰国研修員が得た研修結果の活用に関し、下記質問にお答えください。

- 1) 研修結果の活用により、貴機関ではどのような効果がありましたか？

- 統計データにしたがって患者にとって、また当院にとって学術的恩恵があると思われる診断上、治療上の変更は実施している。(Bonorimo Udaondo消化器病院)
- 医療の質向上に科学的方法論を適用。(Servicio de Patologia - H. I. G. A. San Martin - La Plata - Argentina)

2) 方法を説明してください：帰国研修員が得た知識、情報を貴機関ではどのようなように利用しているか

- 異なる分野での当院からの研修員が持ち帰ったプロトコルは、通常適用するよう努めている。(Bonorimo Udaondo消化器病院)
- 消化器科の一部として学術的科学的活動に参加する。(Servicio de patologia - H. I. G. A. San Martin - La Plata - Argentina)

2. 帰国研修員が得た知識の効果的利用を広げる計画はありますか？

はい 2 / いいえ

はいの場合、簡潔に説明ください。

- 我々の病院とJICAとの繋がりを強化し、より頻繁な情報交換をすることによって今後の学術的、科学的プロジェクトの発展のために、今後も継続していくことは有益なことだと思う。(Bonorimo Udaondo消化器病院)
- 技術が足りないために実施できない作業プロジェクトがある。(Servicio de Patologia - H. I. G. A. San Martin - La Plata - Argentina)

IV. 海外研修

1. 日本以外での海外研修コース/セミナーに比べて、本コース改善のために何か提案、コメントはありますか？

V. その他

1. 関連研修コースについて、何か希望があれば説明してください。

ご協力ありがとうございました。

帰 国 研 修 員

II. 本コースの適用性

1. 帰国後、本コース（講義、見学、フィールド旅行）で得たもの、経験等を職務、日常活動で活かしていますか？

はい 10 / いいえ 0

いイエの場合、理由を説明してください。

はいの場合、下記設問に答えてください。

- 1) 本コースで得たどのような課題、知識、経験を職務に適用していますか？

— 3ヵ月間に及ぶトレーニングで、自国に戻って大いに活用できる毛細血管手術や皮膚組織移植に関する基礎的な知識を習得することができた。

(がん対策Ⅱ' 93)

— 食道、胃、腸の染色法。消化管病変の内視鏡治療による術前の進展度（腫瘍リンパ節移転）診断。(早期胃癌診断Ⅱ' 95)

— 本コースにより私の消化器学の知識は増した。特に食道、胃、大腸の早期病変を発見することができた。(早期胃癌診断Ⅱ' 96)

— 内視鏡ユニットで働いて、色素内視鏡（インディゴカルミン、メチレンブルー）を使って、早期の病変を発見する機会があった。その他日本で得た知識を同僚や研修医に伝えている。(早期胃癌診断Ⅱ' 96)

— 早期胃癌、胃の前癌病変、早期大腸癌。(消化器癌病理学' 91)

— 本コースで学んだ知識（講義）と技術（実習）を適用している。特に消化器の生検と標本から診断を行うことに毎日使っている。(消化器癌病理学' 90)

— 肝細胞癌治療の経験。食道癌の診断、治療。消化器癌患者の複合治療。(がん対策Ⅱ' 90)

- コースの実習、私の場合は顕微鏡手術のテクニックであるが、これを私の仕事に適用することができた。実習では実際に手法を行うことが出来なかったが、テクニックを見学する事は大変役にたった。(がん対策Ⅱ' 95)
- 私は、講義とかカンファレンスで得た経験を胃腸癌の早期診断の効果を高めることに適応してきた。例えば、透過顕微鏡診断で学んだあらゆる視点を臨床に用いている。標本を検査する肉眼的な方法、組織遺伝学に基づいた消化器癌の新しい分類法や免疫ペルオキシダーゼ法のような特殊染色テクニックなどである。(がん対策Ⅱ' 95)
- 早期胃腸癌の発見方法、内視鏡、色素内視鏡と治療の技術面側面で深めた知識を適用。(早期胃癌診断Ⅱ' 96)
- 消化管癌の早期発見に関するあらゆるテクニック、特に生体染色。(早期胃癌診断Ⅱ' 92)
- 外科的戦略とテクニックが強化された。特に肝炎を伴う肝癌全般についてである。超音波内視鏡の有用性を改めて認識している。(がん対策Ⅱ)

2) 上記の知識、経験をどのように適用したか具体的な方法を説明してください。

- 日本の研修から帰ってHospital de Clinicasの超音波内視鏡部でトレーニングを開始した。当市でEUSを備えているのはこの病院だけであり、国内でも他に2カ所あるのみである。Panamerican Digestive Disease誌に「消化管の粘膜下層腫瘍の診断に果たす超音波内視鏡の役割」と題する論文を発表するところである。次回のアルゼンチンでの学会で「膵臓腫瘍の診断における超音波内視鏡」と題した論文を発表する予定。(早期胃癌診断Ⅱ' 95)
- 癌が潜伏する可能性のある摘出胃全域の連続する配列地図を作り早期癌/前癌病変を発見する。-病変に関する検討にもっと時間をかける。(早期食道癌、胃癌、大腸癌の平坦病変)。新しい論文を使用する。
(早期胃癌診断Ⅱ' 96)
- 前述の知識と経験に我々の技術と資源を使用して診断を行い科学論文を作成している。「アルゼンチンのラプラタにおける胆嚢の病変の内眼-顕微鏡検査の比較、ラテンアメリカ消化器学報告書' 94年)(消化器癌病理学' 90)

- 日本では胃腸癌に関して多くを読み、学んだ。私は肺細胞癌について第一研究者として論文を発表する機会があった。(臨床腫瘍学の日本雑誌)この経験をもとにアルゼンティンで新しい論文を発表した。(がん対策Ⅱ' 90)
- 上記の知識を適用する方法は、我が国でイタリア病院での顕微鏡手術の臨床コースを行うことによる。これによって異なる状況を解決するための実際の方法を学び多くの知識を得た。(がん対策Ⅱ' 95)
- 様々な方法で適用：一人で行う大腸内視鏡、生体染色、早期癌の内視鏡的切除。私は常に2つのパラシュートをより安全な側に置いたつもりで手法を行うといったアドバイスを忘れない。(早期胃癌診断Ⅱ' 96)
- 食道癌のハイリスク人口に当たる、患者の検査に生体染色法を用いて発見に努めている。(早期胃癌診断Ⅱ' 92)
- 肝腫瘍の外科的治療は重要性を増してきている。他の治療方法との論議は未だ行われている。アルコール中毒症のような時に第一選択肢としてではないが、代案として考慮されている。一方、手術によって満足のいく結果が得られるような、病変の早期発見未だ困難である。(がん対策Ⅱ' 91)

3) 帰国後、すぐに日本で得た知識、技術を職務に適用しましたか？

はい 6 / いいえ 3

いいえの場合、適用しなかった理由を説明してください。

-帰国直後に病理学教室を開かなくてはいけなくて時間がなかった。

(消化器癌病理学)

-必要なことではなかったから (がん対策Ⅱ' 90)

-私は得られた知識を患者に適用することが未だできずにいる。しかし、これは私のキャリアの次のステップである。この他、私はラットの同種間四肢移植の実験を行っている。(がん対策Ⅱ' 95)

2. 職務に役に立たなかったトピックはありますか？

はい 4 / いいえ 3

はいの場合、理由を説明してください。

— 癌の化学療法について。(早期胃癌診断Ⅱ' 96)

3. コースで得た研修結果、知識、経験を職務に適用するにあたって、伴う困難に関して下記設問に答えてください。

1) 研修結果の適用に関し、職場の上司は理解し、協力的ですか/でしたか？

はい 9 / いいえ 1

2) 研修結果の適用に際し、設備、材料は十分に供給されましたか？

はい 4 / いいえ 6

3) 研修結果の適用に際し、十分な人材は配属されましたか？

はい 7 / いいえ 3

4) 知識、経験(研修結果)の適用に際し、他に困難がありましたら指摘してください。

— 当病院では多くのJICAの元研修員が働いている。取得した知識と経験の応用を困難にしている主な原因は我国の設備不足、保健関連予算の縮小である。つまり、ハイテク機器(超音波、内視鏡)を備えて、国際的水準にかなった消化器腫瘍分野のスクリーニングプログラムとリサーチプロトコルを開発することが重要であろう。(早期胃癌診断Ⅱ' 95)

- 我国では消化器癌のほとんどは多発腫瘍として診断される。その部分は広い範囲の進行消化器癌である。我々はX線のユニットがもっと必要である。(がん対策Ⅱ' 90)
- 主な問題は、特殊な技術のために、特殊な機器ややはり高価な材料が必要でほとんどの病院やクリニックでは入手出来ないことである。私のこの分野の仕事はこれまで全て、報酬を受けておらず、さらにイタリア病院は私立の機関なので、顕微鏡手術のコースを受ける為に私は自分で支払いをしなければならなかった。(がん対策Ⅱ' 95)
- X線、内視鏡と病理的、組織的検査を組み合わせた正確な消化器癌の診断。この為、すべての症例について、この3点に関する情報を留意。情報を得よう留意している。私は標本を常に腫瘍学の基準で検査している。症例のカンファレンスは非常に有意義である。討議を通じて様々な診断を学び、毎日の仕事に役だっている。(がん対策Ⅱ' 95)
- 病院での活動にもっと時間を捧げなければならない。しかし我国のような途上国では、適切な条件で生活する為に、他の仕事をしなければならずそれができない。(がん対策Ⅱ' 96)

Ⅲ. 研修コース評価

1. コースプログラムは期待通りのものでした？または自身の目的を達成しましたか？

1) 講義: はい 9 / いいえ 1

いいえの場合、理由を説明してください。

- 一般に講師は素晴らしかったが、教材が古かった。(早期胃癌診断Ⅱ' 96)
- 一つだけ問題があった。一緒に仕事をしている医師達が時々日本語で話した。(がん対策' 90)

2) 見学: はい 10 / いいえ

いいえの場合、理由を説明してください。

3) 実習: はい 10 / いいえ

いいえの場合、理由を説明してください。

2. どのような知識、技術をより重点視すべきか、もしくは新たに今後のカリキュラムに取り入れるべきだと思いますか?

—超音波内視鏡 (EUS) のトレーニングをもっと多くしてほしい。(早期胃癌診断Ⅱ' 95)

—研修結果の適用展開を長期的に評価する為、元研修員ともっと連絡をとる。(がん対策Ⅱ' 90)

—症例のカンファレンスや検討会の回数を増やして、例えば画像分析のような特別な診断方法の知識と実習のレベルを高めること。(がん対策Ⅱ' 95)

—内視鏡による拡大「視覚的組織学」(早期胃癌診断Ⅱ' 94)

—実習時間を増やすことが非常に役立ち、有用であると思う。

(早期胃癌診断Ⅱ' 92)

3. コースプログラムの改善のために、何か提案、コメントがあれば説明してください。

—病院での実習をもっと長い期間行い、講義の時間を減らす。

(早期胃癌診断Ⅱ' 95)

—病変に関する検討にもっと時間をかける。(早期食道癌、胃癌、大腸癌の平坦病変)。新しい論文を使用する(早期胃癌診断Ⅱ' 96)

—研修員のセレクションをもっと厳しくするほうが良いのでは?(がん対策Ⅱ' 90)

—腫瘍のメインのコースを実施するには全体の時間は十分であった。しかし顕微鏡手術の経験については十分であった。そこで場所によっては研修期間の延長を考慮

して頂たい。(がん対策Ⅱ'95)

一病院での研修のときにのみ、語学面の問題があった。(早期胃癌診断Ⅱ'94)

IV. JICA 帰国研修員フォローアップ

1. アフターケアサービスとして、JICAは研修員、帰国研修員同窓会を支援するため、雑誌を届けております。他に希望はありますか？

一日本の研究者による英語版の科学出版物を入手したい。

(早期胃癌診断Ⅱ'95)

一元研修員にコース内容の変更を送付して欲しい。雑誌を元研修員が働く病院または機関に送る。アルゼンチンではこれらの雑誌を入手するのが大変難しいため。

(早期胃癌診断Ⅱ'96)

一特に希望はないが、本分野における新しい技術を取得することができJICAに感謝している。(消化器癌病理学)

一JICAで発刊している雑誌をいままで受け取ったことがないので、ぜひ送付してほしい。(早期胃癌診断Ⅱ'92)

V. 海外研修

1. 日本以外の同様の海外研修コース/セミナーに参加したことはありますか？

はい 2 / いいえ 5

はいの場合、下記を記入してください。

・参加年： 1984 年

・コース/セミナー参加期間： 1ヵ月 週間 日間

・コース/セミナー名：Cuarto Curso Internacional de Avances en

Gastroenterologia

・コース/セミナー場所：サンティアゴ チリ

・主催：Ministerio de Salud de Chile y JICA

・後援：JICA

・参加年： 1980 年

・コース／セミナー参加期間： 2年 ____ヵ月 ____週間 ____日間

・コース／セミナー名：Fellowship in Gastroenterology

・コース／セミナー場所：San Fransisco, USA

・主催：Ralph K Davies Medical Center

・後援：

2. 日本以外での海外研修コース／セミナーに比べて、本コース改善のために何か提案、コメントはありますか？

ご協力ありがとうございました。