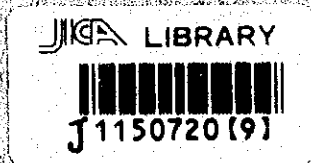


タイ王国  
第三国集団研修終了時評価報告書  
～皮膚病学～  
～プライマリー・ヘルスケア～

平成10年4月  
(1998年4月)



国際協力事業団

研	—
J	R
98	—28

タイ王国第三国集団研修終了時評価報告書

LIBRARY



タイ王国  
第三国集団研修終了時評価報告書  
～皮膚病学～  
～プライマリー・ヘルスケア～

平成10年4月  
(1998年4月)

国際協力事業団



1150720 [9]

## 序 文

第三国集団研修とは、日本で研修を行うのではなく、途上国の研究・教育機関などにおいて近隣諸国および文化的・言語学的に共通点のある国からの参加者を対象として実施する研修形態であり、類似の気候風土や社会・文化的環境のなかで参加国が自国に適用しやすい技術が学べる利点があるとともに、途上国相互間の技術協力促進（南南協力支援）にも貢献するという側面があります。

タイにおいて実施する第三国集団研修「皮膚病学」および「プライマリー・ヘルスケア」は、おのおの過去15年間、10年間と長期にわたって実施されており、コース修了時にDiploma、修士が与えられるなど、研修コースとして確立されつつあります。このため、両研修コースについては、国際協力事業団が資金面で支援する研修員のみならず、私費で参加する研修員もいることが大きな特徴のひとつとなっています。

本報告書は、両研修コースの現在までの成果を総合的に評価することを目的に、平成9年2月8日から同年2月14日まで、当事業団がタイに派遣した評価調査団の調査結果を取りまとめたものです。本報告書が関係各位のさらに深いご理解のもとに、第三国集団研修のよりよい今後の展開に資することができれば幸いです。

最後に、本調査の実施に際し、ご協力をいただいた在タイ日本大使館、順天堂大学、外務省およびタイ国関係諸機関の皆様に対し、深い謝意を表す次第です。

平成10年4月

国際協力事業団  
理事 飯島 正孝





▲タイ国技術協力局（DTEC）との協議



▲皮膚病研究所全景



▲皮膚病研究所長らとの協議



▲1997年度「皮膚病学」コース試験風景





▲マヒドン大学アセアン保健研究所長らとの協議



▲「皮膚病学」「プライマリー・ヘルスケア」コース  
パキスタン帰国研修員との面談

# 目 次

序文	
写真	
第1章 終了時評価調査団の編成	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査にかかる情報収集手段	1
1-4 調査日程	2
1-5 主要面談者	3
第2章 「皮膚病学」	6
2-1 研修コース実績	6
2-2 アジア諸国の当該分野の現状	12
2-3 コース評価	16
2-4 実施体制評価（タイ側の独自の技術的、財務的自立性の現状）	21
2-5 総合評価、自立発展性	22
第3章 「プライマリー・ヘルスケア」	24
3-1 研修コース実績	24
3-2 アジア諸国の当該分野の現状	34
3-3 コース評価	38
3-4 実施体制評価（タイ側の独自の技術的、財務的自立性の現状）	41
3-5 総合評価、自立発展性	47
資料	
1 「皮膚病学」講師一覧	51
2 「皮膚病学」研修修了者アンケート集計結果	60
3 パキスタン「皮膚病学」同窓会概要	69
4 皮膚病研究所による延長の提案	73
5 「プライマリー・ヘルスケア」講師一覧	76
6 「プライマリー・ヘルスケア」テキスト一覧	81
7 「プライマリー・ヘルスケア」研修修了者アンケート集計結果	88
8 「プライマリー・ヘルスケア」実施機関による延長の提案	94

## 第1章 終了時評価調査団の派遣

### 1-1 調査団派遣の経緯と目的

第三国集団研修「皮膚病学」「プライマリー・ヘルスケア」は、現在までにおのおの15年間、10年間実施されており、1994年からは日・タイ共同プロジェクトの一環として日・タイパートナーシッププログラム（JTTP）に基づき実施されている。

両コースともコース修了時に前者はDiploma、後者は修士を授与しており、JICA枠で受け入れた研修員はおのおの250名、150名を超える。JICAの枠以外で自費などで参加した研修員をも含めると、「皮膚病学」は400名を超える研修員を育成してきたこととなる。5年前に実施された評価調査でも両コースとも高く評価され、延長実施のニーズが報告され、現在に至っている。

現行の協力期間が「皮膚病学」については1998年度、「プライマリー・ヘルスケア」については1997年度で終了するにあたり、今後の協力方針を検討するための情報と資料を収集し、分析することを目的とし、本調査団を派遣することとなった。なお、本調査は従来からの終了時評価調査を拡大させ、実施国のみならず割当国へも団員を派遣することにより、帰国研修員の動向を追跡し、研修効果を調査するとともに、割当国における当該分野の状況やニーズを確認することを特徴とする。

### 1-2 調査団の構成

団長・総括	橋本 明彦	国際協力事業団筑波国際センター所長
皮膚病学評価	今村 貞夫	市立松江病院院長
プライマリー・ヘルスケア評価	梅内 拓生	東京大学大学院国際保健専攻国際保健計画学教授
評価分析	林 亜紀子	(株)パデコ社員(コンサルタント)
研修計画	柴崎 真理	国際協力事業団研修事業部研修第一課

### 1-3 評価にかかる情報収集手段

#### (1) 協議・ヒアリング

タイ：技術経済協力局（DTEC）、保健省、実施機関（皮膚病研究所、マヒドン大学）、1997年度参加研修員

パキスタン：保健省、帰国研修員、帰国研修員所属先、母子保健プロジェクト専門家

フィリピン：保健省、帰国研修員、帰国研修員所属先、母子保健プロジェクト専門家

(2) アンケート実施：帰国研修員（JICA枠以外私費研修員も含む）

1-4 調査日程

1998年2月8日～2月14日（タイ現地調査）

林団員のみ、同年2月25日までパキスタン、フィリピンで調査を実施。

日順	月日(曜日)	行程	橋本団長	
			プライマリー・ヘルスケア 梅内団員/林団員	皮膚病学 今村団員/柴崎団員
1	2月8日(日)	東京 →バンコク	11:00 成田発 (JL717) 15:55 バンコク着	11:45 関空発 (JL623) (今村団員) 16:05 バンコク着
2	9日(月)		9:30 JICAタイ事務所打合せ 11:00 DTEC表敬 13:00 マヒドン大学表敬 15:00 保健省表敬	
3	10日(火)		10:00 AIHD協議、資料収集 (団長) 13:00 研修員面談	9:30 研修視察、資料収集 14:00 皮膚病研究所協議 (団長)
4	11日(水)		資料分析 (団内打合せ)	
5	12日(木)		10:00 保健省およびAIHD協議 (団長) 14:00 資料収集	9:30 資料収集、研修員面談 14:00 研修員面談、皮膚病研究所協議 (団長)
6	13日(金)		10:00 皮膚病学 延長コースにかかる要請内容確認 11:00 プライマリー・ヘルスケア 延長コースにかかる要請内容確認 13:30 JICAタイ事務所報告 15:00 DTEC報告	
7	14日(土)	バンコク →東京	8:35 バンコク発 (JL708) (団長、梅内、柴崎団員) 16:05 成田着	9:10 バンコク発 (JL728) (今村団員) 16:10 関空着
8	15日(日)	バンコク →イスラマバード	8:15 バンコク発 (PK897) (林団員) 7:40 イスラマバード着	
9	16日(月)		JICAパキスタン事務所打合せ、保健省表敬資料収集、在パキスタン日本大使館表敬	
10	17日(火)		専門家・帰国研修員所属先訪問、インタビュー、資料収集	
11	18日(水)		帰国研修員所属先訪問、インタビュー、資料収集	
12	19日(木)	イスラマバード→ ラホール→バンコク	AM 帰国研修員所属先訪問、インタビュー、資料収集 PM JICAパキスタン事務所報告 20:30 イスラマバード発→ 21:20 ラホール着 (PK389) 23:20 ラホール発→	
13	20日(金)	バンコク →マニラ	5:30 バンコク着 (PK892) 9:15 バンコク発→ 13:30 マニラ着 (PR731) 16:30 JICAフィリピン事務所打合せ	
14	21日(土)		資料分析	
15	22日(日)		資料分析	
16	23日(月)		保健省表敬、資料収集 帰国研修員所属先訪問、インタビュー、資料収集	
17	24日(火)		帰国研修員所属先訪問、インタビュー、資料収集	
18	25日(水)	マニラ →東京	9:00 JICAフィリピン事務所報告 14:45 マニラ発 (JL742) 19:40 成田着	

1-5 主要面談者

<タイ>

(1) 技術経済協力局 (Department of Technical and Economic Cooperation: D T E C)

Mr. Apinan Patiyanon	Director, External Cooperation Division III
Mr. Banchong Amornchewin	Chief of Japan Sub-Division
Ms. Veray Jaru-Ampornpun	Chief of Training Program Sub-Division, External Cooperation Division III

(2) 保健省 (Ministry of Public Health)

Mr. Chart Pichyangkura	Director General
Mr. Jirot Sindhvananda, MD.	Director, Office of Foreign Affairs, Department of Medical Services

(3) 皮膚病研究所 (Institute of Dermatology)

Dr. Preya Kullavanijaya	Director
Mr. Vichien Tanvannarak	Foreign Relations Officer

(4) マヒドン大学 (A S E A N Institute for Health Development : A I H D)

Dr. Som-Arch Wongkhomthong	Director
Dr. Pantyp Ramasoota	Deputy Director
Ms. Somboon Kietinun	Senior Advisor

(5) 在タイ日本大使館

山田 英樹	二等書記官
-------	-------

(6) J I C A タイ事務所

岩口 健二	所長
笛吹  弦	所員

<パキスタン>

(1) 財政・経済省経済局 (Ministry of Finance and Economic Affairs)

Mr. Rasid Manzoor	Desk Officer JPN-I, Economic Affairs Division
-------------------	---

(2) 保健省 (Ministry of Health)

Mr. Muhammad Irfan Qureshi	Section Officer
Mr. Syed Zulfrqar Ali	Deputy National Coordinator, Primary Health Care Cell
Mr. Zahid Larik	Deputy Chief, Primary Health Care Cell (帰国研修員)

- (3) National Institute of Health (N I H)
- Mr. Lt Sen R. Muhammad Saleem      Executive Director
- Mr. Muhammad Hussain              S S O Microbiology, B R D (婦国研修員)
- (4) Federal Government Services Hospital (F G S H)
- Mr. M. Javed Chaudhry              Medical Superintendent
- Mr. Muhammad Tariq Khan          Skin Department (婦国研修員)
- (5) パキスタン医科学研究所 (Pakistan Institute of Medical Science: P I M S)
- Mr. Riaz A. Sheikh                  Head, Dermatology Department
- Ms. Ghazala Mahmud                Head, Department of Obstetrics and  
Gynaecology
- Mr. Maqsood Anwar                  Dermatology Department (婦国研修員)
- (6) Pakistan Telecommunication Corporation Health Centre
- Mr. Mazhar-ul-har Malik            Senior Medical Officer (婦国研修員)
- Mr. Azhar Halim                      Medical Officer (婦国研修員)
- (7) Skin and VD Chamber, Rahim Medical Centre, Peshawar
- Mr. Jamil Ahmad Sabri              (パキスタン「皮膚病学」研修員同窓会長)
- (8) KRL General Hospital
- Mr. Shaukar Sultan                  Medical Officer (婦国研修員)
- (9) CDA Medical Centre
- Mr. Nazir Ahmed Sahito            Medical Officer (婦国研修員)
- (10) Police Lines
- Mr. Khalid Mohammad              Medical Officer (婦国研修員)
- (11) Cantt General Hospital
- Mr. Irfan Ahmend                    Medical Officer (婦国研修員)
- (12) J I C A パキスタン婦国研修員同窓会
- Prof. K. A. Abbas                    President
- Mr. Ijaz A. Asif                      Vice President
- (13) 在パキスタン日本大使館
- 山田 耕士                              一等書記官
- (14) パキスタン母子保健技術協力プロジェクト
- 仲佐 保                                 リーダー

(15) J I C A パキスタン事務所

中川 和夫 所長  
村尾 昌敏 所員

<フィリピン>

(1) 保健省 (Department of Health)

Ms. Shirley Lourdes B. Domingo Officer in Charge, Health Manpower  
Development and Training Section

(2) Philippine General Hospital

Ms. Rambi Cardones Chief Resident, Dermatology Clinic, Out  
Patient Department

(3) Jose Reyes Memorial Medical Center

Ms. Ma. Luisa A Abad-Venida Department of Dermatology

(4) フィリピン大学

Mr. Noel D. Lawas Associate Professor, Department of Public  
Health Administration, College of Public  
Health

(5) フィリピン家族計画・母子保健フェーズ2プロジェクト

花田 恭 チームアドバイザー

(6) J I C A フィリピン事務所

黒柳 俊之 次長  
石賀みちる 所員

## 第2章 「皮膚病学」

### 2-1 研修コース実績

#### (1) コースの背景

1972年、世界保健機構（WHO）などの支援により、タイ国立皮膚病研究所が設立された。1976～1983年、同研究所においてタイ政府主催のもと、主にアジア・太平洋地域諸国を対象に皮膚科専門医育成コース（3カ月間）が実施されたが、同コースの発展に伴い、質的・量的拡充を目的にタイ政府からわが国に、第三国集団研修としてのコース実施に対する支援の要請があった。かかる背景のもと、1984年3月、第三国集団研修として、10カ月間のDiploma（皮膚科専門医資格）取得コースが開始された。1988年度（第5回目）および1989年度（第10回目）におのおの評価調査を実施した結果、さらに5年間の継続延長が決定され、1998年度第15回目まで実施される計画となっている。

#### (2) コース計画

コースの概要は以下のとおりである。

表1 コース概要

上位目標	アジア・太平洋地域内での皮膚病を減少させ、同地域の健康増進に寄与する。	
到達目標	(1) 皮膚科の専門医をめざす医師に対し、診断・治療を中心として必要な訓練の充実 (2) 皮膚疾患の病態・病因解明に関する研究アプローチの仕方、適切な手法の習得と実際の応用の手ほどき。 (3) アジア・太平洋地域諸国の医師間の良好な関係の樹立。	
実施機関	皮膚病研究所	
研修期間	10カ月	
カリキュラム		計 32単位
	<前期> 基礎皮膚科学	6単位
	臨床皮膚科学 講義	7単位
	臨床皮膚科学 実習Ⅰ（外来、病棟）	5単位
	<後期> 臨床皮膚科学 実習Ⅱ（外来、病棟）	4単位
	熱帯皮膚科学	3単位
	研究皮膚科学	6単位
	遠隔地研修（チェンマイ）	1単位
	<最終試験> 筆記試験、実地試験、口頭試問 60%以上正答を獲得した場合、Diplomaが与えられる。	
資格要件	(1) 医師 (2) 皮膚病分野での1年以上実務経験者 (3) 45歳以下 (4) 英語が堪能で研修を支障なく受講できる健康状態にある者 (5) 出身国政府の推薦者	
定員	実施国 4名・周辺国 12名	計 16名
割当国	インドネシア、マレーシア、フィリピン、シンガポール、カンボディア、ラオス、ヴィエトナム、 バングラデシュ、ブータン、インド、ネパール、パキスタン、パプア・ニューギニア、中国、韓国、 モルディブ、スリ・ランカ、フィジー（18カ国）	



(3) コース開催実績

① 開催時期

コースの期間はおおむね10カ月間であった。

表2 開催時期と期間

	1994年度 (11回目)	1995年度 (12回目)	1996年度 (13回目)	1997年度 (14回目)
研修期間	1994. 6. 6 ~1995. 3. 31	1995. 5. 1 ~1996. 2. 23	1996. 5. 6 ~1997. 2. 28	1997. 5. 5 ~1998. 2. 27
研修日数	299日間	299日間	290日間	290日間

② 応募人数/受入人数/応募率

JICA・DTECによる受入は20名程で、応募倍率は1.1~1.6倍程度であるが、私費による応募率は3.3~8倍と高く、コースの評価が高いものであることが推察される。

表3 応募状況

(JICA・DTEC枠)

	1994年度 (11回目)	1995年度 (12回目)	1996年度 (13回目)	1997年度 (14回目)	計
応募人数	24名	22名	25名	31名	102名
受入人数	20名	20名	16名	21名	77名
応募率	1.2倍	1.1倍	1.6倍	1.5倍	1.3倍

(私費/他援助機関支援)

	1994年度 (11回目)	1995年度 (12回目)	1996年度 (13回目)	1997年度 (14回目)	計
応募人数	30名	20名	34名	35名	116名
受入人数	9名	5名	10名	4名	21名
応募率	3.3倍	4倍	3.4倍	8.8倍	5.5倍

③ 研修員受入国および受入人数

タイを含め21カ国からの研修員343名(1984年度~1997年度)を受け入れている(表4参照)。

表4 「皮膚病学」受入人数（JICA研修員でない者も含める）

No.	Country	Course Year	Number of the participant (person)														Total	
			1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997		
1.	Australia		-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
2.	Bangladesh		2	1	1	-	3	3	2	3	3	2	2	1	1	2	2	27
3.	Bhutan		-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	1	1	5
4.	Cambodia		-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	4
5.	China		1	2	3	2	4	5	4	2	3	4	2	2	2	3	3	41
6.	Fiji		-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	2
7.	India		-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3
8.	Indonesia		1	-	1	4	1	-	1	2	2	-	-	2	-	-	2	16
9.	Jordan		-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
10.	Laos		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	5
11.	Malaysia		-	1	2	2	1	-	1	-	2	-	-	1	-	-	-	10
12.	Maldives		-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
13.	Myanmar		-	-	-	-	-	-	3	1	-	2	1	-	1	-	1	9
14.	Nepal		1	3	3	1	1	2	-	2	1	-	1	2	1	1	1	19
15.	Pakistan		1	1	-	-	2	2	4	4	3	5	4	2	2	3	3	34
16.	Papua New Guinea		-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
17.	Philippines		1	2	4	6	4	5	4	4	2	3	1	3	1	1	3	45
18.	Sri Lanka		-	1	1	2	-	1	-	1	1	-	1	1	1	1	1	9
19.	Tonga Island		-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
20.	Vietnam		-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	1	2	1	2	9
21.	Thailand		7	9	7	6	7	6	7	7	8	7	7	6	7	6	7	98
	Sub total		14	23	23	25	24	25	26	27	26	29	24	25	25	25	25	343

④ タイ側講師

表5 タイ側講師内訳

所 属 先	人数(名)	備 考
(内部講師) 皮膚病研究所	16	(うち3名が日本でのカウンターパート研修修了者)
(外部講師) 病 院	22	
大 学	10	
保健省	2	
その他	2	
合 計	52	

(詳細は資料1「講師一覧」参照)

⑤ 日本人講師

(派遣専門家)

本研修コースに対し、日本側は日本の皮膚科専門医を講師として派遣し、基礎理論の講義の一部をサポートしている(例年、8名を約12日間派遣している)(表5参照)。

(研修指導調査団)

年2回、コースの始めと終わりにコースアドバイザーとして、以下の業務を目的に派遣している。

第1回目：講義実施およびコースの運営、カリキュラムについてのアドバイス

第2回目：口頭試問実施および評価会出席

表6 日本人講師実績(派遣専門家)

(派遣専門家)

年度	派遣日数	氏名	所 属
1994	14日	吉池 高志	順天堂大学 医学部
	12日	今村 貞夫	京都大学 医学部 皮膚科
	18日	鈴木 啓之	日本大学 医学部 皮膚科
	13日	小野 友道	熊本大学 医学部 皮膚科
	12日	神崎 保	鹿児島大学 医学部 皮膚科
	12日	宮地 良樹	群馬大学 医学部 皮膚科
	12日	田上 八朗	東北大学 医学部 皮膚科
	9日	市橋 正光	神戸大学 医学部 皮膚科
計		8名	
1995	16日	鈴木 啓之	日本大学 医学部 皮膚科
	14日	吉池 高志	順天堂大学 医学部
	13日	小野 友道	熊本大学 医学部 皮膚科
	12日	今村 貞夫	京都大学 医学部 皮膚科
	12日	神崎 保	鹿児島大学 医学部 皮膚科
	11日	田上 八朗	東北大学 医学部 皮膚科
	12日	市橋 正光	神戸大学 医学部 皮膚科
	12日	宮地 良樹	群馬大学 医学部 皮膚科
計		8名	
1996	15日	島田 真路	山梨医科大学 医学部 皮膚科
	12日	市橋 正光	神戸大学 医学部 皮膚科
	10日	宮地 良樹	群馬大学 医学部 皮膚科
	12日	神崎 保	鹿児島大学 医学部 皮膚科
	12日	今村 貞夫	京都大学 医学部 皮膚科
	13日	小野 友道	熊本大学 医学部 皮膚科
	11日	田上 八朗	東北大学 医学部 皮膚科
	16日	鈴木 啓之	日本大学 医学部 皮膚科
計		8名	
1997	11日	鈴木 啓之	日本大学 医学部 皮膚科
	12日	北島 康雄	岐阜大学 医学部
	12日	神崎 保	鹿児島大学 医学部 皮膚科
	12日	島田 真路	山梨医科大学 医学部 皮膚科
	12日	今村 貞夫	松江市立病院 院長
	12日	小野 友道	熊本大学 医学部 皮膚科
	7日	宮地 良樹	群馬大学 医学部 皮膚科
	12日	市橋 正光	神戸大学 医学部 皮膚科
計		8名	
合計		24名	

表7 研修指導調査団実績

(研修指導調査団員)

年度	派遣日数	氏名	所属
1994	第1回目13日 第2回目7日	小川 秀興	順天堂大学 医学部 皮膚科
1995	第1回目10日 第2回目6日	小川 秀興	順天堂大学 医学部 皮膚科
1996	第1回目11日 第2回目5日	小川 秀興	順天堂大学 医学部 皮膚科
1997	第1回目11日 第2回目7日	小川 秀興 鈴木 啓之	順天堂大学 医学部 皮膚科 日本大学 医学部 皮膚科

⑥ カウンターパート研修

本コースの効率的な実施促進のため、13名のカウンターパート研修を実施した。

表8 カウンターパート研修実績 (1985~1997年度)

	氏名	年度	研修期間	研修科目	現職
1	Yaowarak Harnthanyapong	1985	1年	Histochemistry of Skin	国立病院勤務医
2	Piti Palungwachira	1986	1年	Electron Microscope of the Skin	国立大学教授
3	Harn Wongwaisayawan	1987	1年	Immunodermatology	開業医
4	Viboon Rojanavanich	1989	1年半	Electron Microscope of Fungus	開業医
5	Paisal Sivaroroskul	1990	1年	Industrial Dermatitis	開業医
6	*Jirot Sindhvananda	1991	1年	Photobiology	保健省行政官 (現在も皮膚病研究所職員)
7	Supang Maneesri	1992	半年	Electron Microscope in Dermatology	国立大学研究者
8	*Prayoon Erpaiboon	1992	1年	Histochemistry of the Skin	皮膚病研究所職員
9	*Kanokvalai Kulthanan	1993	1年	Molecular Biology	皮膚病研究所職員
10	Paisal Roongphilboolsopit	1992	1年	Immunology	皮膚病研究所職員
11	Tipaporn Yutthanawiat	1994	1年	Electron Microscopy & Histopathological Technique in Dermatology	皮膚病研究所職員
12	Suttirat Reangchainam	1996	1年	Mycology	皮膚病研究所職員
13	Walai-Orn Prachyapruit	1997	1年	Immuno Electron Microscopy of the Skin	皮膚病研究所職員

(\*本コースの講師である者)

他の皮膚病研究所職員は、カリキュラムの作成などで本コースに携わっている。

⑦ 研修経費

表9 実施経費 (積算ベース)

	1994		1995		1996		1997	
	Bahts	%	Bahts	%	Bahts	%	Bahts	%
JICA	2,866,236.25	68.61	2,462,775.04	67.02	2,849,886.50	77.19	3,145,398.00	51.68
DTEC	1,311,504.50	31.39	1,211,654.00	32.98	841,924.50	22.81	2,940,517.00	45.32
小計	4,177,740.75	100	3,674,419.04	100	3,691,811.00	100	6,085,915.00	100
皮膚病研究所	226,903.45		745,938.30		96,214.00		461,954.00	

\*1997年度については予算

30%程度の経費負担であり、負担率の向上は必ずしも明確ではない。

皮膚病研究所は、JICA・DTECからの予算額以上に支出した分、および両機関が負担しない費目について負担。

## 2-2 アジア諸国の当該分野の現状

### (1) 周辺国評価結果

#### ① 保健概況

南アジアと東アジアでは、過去30年間の経済成長による栄養摂取の改善、および保健医療制度の充実などにより平均寿命や幼児死亡率などの保健指標はおおむね向上している。しかしながら、そのなかでも比較的改善ペースの鈍い国もあり、また、ほぼすべての国で都市部と地方の格差は依然として残っている。現時点でも南アジアでは10名のうち2名、東アジアと太平洋諸国では10名のうち3名は安全な水へのアクセスが困難な環境にあり、適切な衛生施設を利用できる人は両地域とも3割程度にすぎない。このため、下痢症、気管支炎、肺炎、インフルエンザ、結核、はしか、マラリアなどの感染症が罹患率、死因の上位を占める国が多い。非衛生的な生活環境のため、特に地方では皮膚病患者が多い。タイやインドではエイズがきわめて深刻な問題となっており、他のアジア諸国でもエイズ感染者の増加が報告されている。また、ハンセン氏病も依然として撲滅されるには至っていない。

#### ② 人材育成体制

皮膚科専門医になるためには、一般医の資格取得後さらに数年間の実地研修が必要とされるのが一般的である。パキスタンでは、医師資格を得るには10年間の基礎教育と2年間の中等教育の後に、医科大学での5年間の医学教育とその後1年間の実地研修が必要である。医科大学は全国に20校（うち、4校は私立）あり、実地研修は全国の主要都市に存在する20の教育病院で行われる。専門医になるには、さらに教育病院もしくは留学先で臨床経験を積んで、数度の資格試験に合格しなければならない。フィリピンにおいては、6年制の初等教育、4年制の中等教育、4年制の大学課程修了後、さらに4年間の医科教育と1年間のインターンシップを経て医師の資格が交付される。医学教育機関は全国に28施設がある。専門医になるには、4年間の病院での実地研修とさらに2年間の細分化された専門分野に関する訓練が要求される。

#### ③ 皮膚科専門医数

参加国のなかにはインド、インドネシア、タイなど皮膚科専門医が100名を超える国や、パキスタン、フィリピンのように80~90名と比較的多数の皮膚科専門医を擁する国もある。しかし、それらの国でも皮膚科専門医は人口10万人当たり約0.1~0.2人

であり（ちなみに日本では約6人）、患者数に対しては少ない。このため、一般医が皮膚病患者を診察している国も多い。たとえば、パキスタンでは皮膚病患者は外来患者の約22%を占めると推定されているが、皮膚科専門医は全国で85名程度にすぎず、一般医が皮膚病診察のかなりの部分を受け持っていると思われる。

この絶対数の不足に加え、地域内の偏り、つまり皮膚科専門医が都市部に集中する傾向は各国共通である。このため地方では皮膚病患者が診察を受けるのはさらに困難である。たとえば、フィリピンでは皮膚科専門医の8割がマニラに住み、ルソン、セブ、ミンダナオ以外の島には1名もいない。さらに、ラオス、カンボディア、ブータン、ミャンマーなどの国では皮膚科専門医の総数は10名を下回り、全国的に専門医に対するニーズは高い（表10参照）。

表10 アジア各国における皮膚科専門医数と人口比

国名	皮膚科専門医 (1993年)	帰国研修員 (JICA 支援研修員数)	帰国研修員が自国の皮膚科 専門医に占める割合 (JICA 支援研修員の割合) (%)	人口 (単位: 千人) (1996年)	人口10万人 当たり皮膚 科専門医数
バングラデシュ	100	27(18)	27(18)	120,073	0.08
ブータン	5	5(5)	100(100)	1,812	0.28
カンボディア	4	4(4)	100(100)	10,273	0.04
中国	-	41(40)	-	1,232,083	-
フィジー	-	2(2)	-	797	-
インド	2,034*	3(3)	0.1(0.1)	944,580	0.22
インドネシア	256*	16(14)	6(5)	200,453	0.13
ジョルダン	80*	1(0)	1(0)	5,581	1.43
ラオス	10以下	5(5)	50以上(50以上)	5,035	0.20以下
マレーシア	41*	10(3)	24(7)	20,581	0.2
モルディブ	-	2(2)	-	263	-
ミャンマー	10以下	9(3)	90以上(30以上)	45,922	0.02以下
ネパール	12~13	19(10)	100(77-83)	22,021	0.05~0.06
パキスタン	85*	34(19)	40(22)	139,973	0.06
パプア・ニューギニア	-	2(2)	-	4,400	-
フィリピン	78*	45(29)	58(37)	69,282	0.11
スリ・ランカ	25*	9(8)	36(32)	18,100	0.14
トンガ	1	1(0)	100(0)	98	1.02
ヴェトナム	30	9(8)	30(27)	75,181	0.04
タイ	100*	98(98)	98(98)	58,703	0.17
オーストラリア	247*	1(0)	0.4(0)	18,057	1.37
日本	7,508*	-	-	125,351	5.99

(調査団現地調査結果による)

\* International League of Dermatological Society (1993年) のデータによる。

#### ④ 研修機会

病院などでの実地研修を除き、皮膚病学の研修はブータン、カンボディア、ミャンマー、中国などでは実施されていない（なお、研修員の話によると、カンボディアでは性病、ミャンマー、ラオスではライ病のように、皮膚病全般ではなく特殊分野での疾病対策が重視されている）。バングラデシュ、ネパール、ヴィエトナム、フィリピンでは皮膚病に関する研修は行われているが、本研修に比べて技術レベルは低いとのことである。

#### (2) 帰国研修員の活動状況

以下、パキスタン、フィリピンの2カ国での調査をまとめた。

##### ① 帰国研修員の定着度

パキスタンのFederal Government Service Hospitalは過去2名の研修員を送り出したが、現在そのうち1名が勤務しており、他の1名は定期異動で警察病院に移った。同病院の皮膚科には3名の専門医と5名の一般医がいる。ちなみに、同病院の管理者は帰国研修員を専門家とはみなしていない。

また、パキスタン医科学研究所（Pakistan Institute of Medical Science: PIMS）からは過去に3名の研修員が参加し、うち2名は専門医に昇格し、診療のかたわら付属の医療技術大学で講義を行っている、残りの1名は現在南アフリカ医科大学皮膚病学科の長を務めている。PIMSの皮膚病学部長は研修制度を高く評価し、毎年最低1名は送りたいと述べていた。

フィリピンのJose Reyes Memorial Medical Centerからは4名の研修員が派遣されたが、現在でも勤務しているのは1名である。Philippine General Hospitalから参加した3名は全員職場を離れた。この定着率の低さの最大の原因は、いずれも研修医を研修員として派遣したため、予算の制約上医師を増員することが難しい両国立病院において、帰国後のポストがなかったためである。病院を離れた帰国研修員はアメリカなどに留学したり、民間病院に勤めていたりしている。

##### ② 帰国後の処遇、上司の評価

元の所属に復帰した帰国研修員の多くは一般医から皮膚科専門医へと昇格し、それについて給与の引上げやより高度かつ専門的な仕事を任されるケースがよくみられる。このため研修員は現在の処遇にほぼ満足している。同僚や後輩などを対象とした講義の機会を与えられている者もあり、また、ほとんどが日々の業務の場で研修を通じて得た知識を伝えている。その結果、上司は一様に研修後の部下のパフォーマンスの向上に満足している。特にタイで最新技術を学び、高度医療機器に触れてきた経験は高く評価されている。ただし、パキスタンでは同国の皮膚科専門医の不足から帰国研修



員は専門医に準じる扱いを受けているものの、10カ月程度のDiploma取得者は真の専門医とは呼べないという厳しい見方をする管理者もいた。

なお、Diploma自体を公式に認める国（パキスタン）もあれば、認めない国（マレーシア、インドネシア、スリ・ランカ、フィリピン、バングラデシュ）もあるが、前者でも独自の皮膚科専門医認定制度がある。研修員はDiplomaよりもむしろコースの内容にひかれて参加しているケースが多い（帰国研修員調査結果による）。

### ③ ネットワーキング

パキスタンの帰国研修員は、1997年にパキスタン「皮膚病学」同窓会（Bankok Alumni Association of Pakistan: B A A P）を結成した。現在の会員は32名である。同会は相互のネットワーキングと情報交換を図るとともに、貧困層に対する医療ボランティア活動も開始した（資料3 パキスタン「皮膚病学」同窓会概要 参照）。

一方、フィリピン、特にマニラにおいては、国内での勤務先の変更、留学などのための出国などによる異動が激しく、参加者間の連絡はほとんどないようであった。

### ④ その他の要望

帰国研修員と帰国研修員所属先からは、一様にコースの継続の要望が出された。さらに、修士、博士課程へのアップグレードや過去の参加者を対象とした日本などの技術先進国での研修機会を望む声も聞かれた。また、帰国研修員の上司のなかには、一般医向けのDiplomaコースより、むしろ日々の診療に忙殺されて、最新技術に触れる機会の少ない専門医を対象としたリフレッシュコースのほうが有意義との意見もあった。

### ⑤ 医療活動状況

参加国に共通した現象として、専門医が首都圏をはじめとした都市に集中する傾向がある。これは、主に都市に立地している大病院にしか専門医が配置されないことと、都市の富裕層出身者が大部分を占める医師の多くが生活環境の悪い地方に行きたがらない、などが主な原因といわれる。

また、公立病院での給与などの待遇が民間病院に比べて劣っているため、主に都市の富裕層を診察・治療している民間部門への転出がみられる。この現象はフィリピンで特に顕著であり、海外への頭脳流失も含めて同国で帰国研修員の現状把握が困難となっている最大の理由となっている。

パキスタンでも医師の配置はきわめて不均衡で、人口で32%を占める都市に医師の80%が集中している。医師の海外への流出も少なくない。皮膚科専門医が公立病院での勤務（通常、勤務時間は午前8時から午後2時まで）を終えてから、午後はプライベート・クリニックで診療を行うことはごく一般的である。この個人開業との兼業は

フィリピンでも普通に行われているが、パキスタンの帰国研修員の場合は公立病院を辞めることはまれである。両国とも公立病院は無料または低料金（ただし、薬代は自己負担が一般的）で診療を行うため、貧困層が主に利用している。

これに対して、高額な診療費が負担できる富裕層は整備の整った民間医療施設を利用する。このような状況下では、フィリピンのように研修員が民間病院や個人診療所専門になってしまうと、彼らが研修で得た知識・技術はもっぱら都市の裕福な階層への医療サービス、もしくは彼ら自身の収入増に活用される結果になる。

パキスタンでも、研修員が元々政府機関の職員専用病院の勤務医であったり、定期異動でそのような施設に移った例も一部認められた。

資格条件の見直しあるいは帰国研修員の現状確認により、割当国政府へ改善を働きかけるなどの配慮が必要であろう。

## 2-3 コース評価

### (1) 効率性

皮膚病研究所内に、本コースの運営を主な業務とする部署（Foreign Relations）が設置されており、研修員の受入体制は十分整っている。毎年の参加者によるアンケート結果からも、研修内容および研修運営に対する評価は高く、効率的な運営であったと評価できる。

ただし、以下の3点について、改善が望まれる。

- ① DTECから研修期間終了後30日以内に、経費報告書をJICAに提出するようR/Dで取り決めていたが、実際は期限内に提出されることがなかった。実施機関からDTECへの経費報告はスムーズになされていたため、今後はDTECに期限内に提出するよう注意を喚起する必要がある。
- ② 実施機関によるコース業務報告書の提出は義務づけていないが、JICAで本コースに関する実績を容易に把握するために、業務報告書を提出させたほうがよいと思われる。
- ③ 帰国研修員へのアンケート結果によると、コースで得た知識・技術の普及方法について、個人的に同僚に伝えると回答した者が34%を占めていたが、個人レベルではなく、より効率的な普及方法を参加者国内で確立する必要がある（資料2参照）。

### (2) 目標達成度

最終試験結果（表11参照）をみると、3年間の研修員78名中、Diplomaを取得できなかったのは4名（5.1%）のみで、74名（94.9%）はDiplomaを取得しており、ほとんどの研修員は目標に到達したと考えられた。Diplomaを取得できなかった4名の内訳は、

表11 研修員最終試驗結果

The Institute of Dermatology  
Diploma Course in Dermatology  
Final scores of the participants

Course Date	6 May 1, 89 - Feb. 23, 90		7 May 1, 90 - Feb. 27, 91		8 May 6, 91 - Feb. 28, 92		9 May 4, 92 - Feb. 26, 93		10 May 3, 93 - Feb. 25, 94	
	Country	Scores	Country	Scores	Country	Scores	Country	Scores	Country	Scores
1	Philippines	76.35	Malaysia	80.86	Indonesia	84.01	Philippines	83.63	Indonesia	80.48
2	Philippines	76.28	Philippines (P.)	78.48	Thailand	82.14	Thailand	80.51	Philippines	78.49
3	Pakistan	72.42	Philippines (P.)	77.48	Philippines	81.09	Thailand	79.93	Thailand	77.61
4	Thailand	71.86	Thailand	76.98	Philippines (P.)	80.78	Thailand	79.52	Malaysia (P.)	73.78
5	Thailand	70.06	Indonesia	76.44	Philippines (P.)	80.57	Philippines (P.)	79.42	Fiji	73.25
6	Thailand	69.72	Philippines	76.34	Philippines	79.98	Philippines (P.)	78.23	Philippines (P.)	72.62
7	Philippines (P.)	68.46	Bangladesh	76.08	Thailand	79.77	Philippines (P.)	78.04	Malaysia	71.81
8	Bangladesh	68.16	Thailand	74.93	Thailand	79.57	Pakistan (P.)	77.24	China	71.2
9	Thailand	67.87	Thailand	72.77	Pakistan (P.)	78.62	Indonesia (P.)	76.93	Thailand	71.07
10	Thailand	66.61	Philippines	72.55	Thailand	77.81	Thailand	75.93	Sri Lanka	70.93
11	Sri Lanka	65.12	Pakistan (P)	71.83	Thailand	77.35	China	75.61	Pakistan (P)	70.81
12	Pakistan	64.16	Thailand	71.21	Philippines	77.04	Thailand	75.53	China	70.59
13	China	62.85	Thailand	70.31	Nepal (N.S.L.)	76.63	Thailand	75.06	Thailand	70.28
14	Bhutan	62.7	China	69.85	China	75.41	Thailand	74.96	Pakistan	70.27
15	Bangladesh (P.)	62.67	Myanmar	68.09	Bangladesh (P.)	75.06	Bangladesh	74.04	Myanmar	69.94
16	Bangladesh	62.23	Pakistan	67.59	Thailand	74.58	Bangladesh	73.67	China	69.54
17	Philippines	62.10	China	67.14	Pakistan (P.)	74.44	Pakistan	73.4	Thailand	69.13
18	China	60.45	Thailand	66.17	Indonesia	72.36	Vietnam	71.78	Thailand	68.32
19	Philippines	60.31	Myanmar (W.H.O.)	66.06	Thailand	72.08	Thailand	71.69	Bangladesh	68.19
20	China (W.H.O.)	60.29	Thailand	65.99	China	71.71	China	71.51	Indonesia (P.)	67.56
21	Nepal	60.22	Bangladesh	65.48	China	71.15	Indonesia	69.67	Pakistan	64.78
22	Nepal (W.H.O.)	60.19	China	65.16	Pakistan	71.02	Bangladesh	68.6	Nepal	64.32
23	China	60.03	Pakistan (P.)	64.85	China	70.49	Pakistan	68.35	Thailand	64.28
24	Thailand	60.01	Myanmar (P.)	64.42	Nepal	69.85	Bhutan	66.95	Myanmar (P.)	64.06
25	China	47.86*	Pakistan	64.09	Myanmar	69.68	Nepal	64.1	Thailand	63.94
26			China	61.24	Bangladesh	66.81	Papua New Guinea	63.52	Bangladesh	63.67
27					Pakistan	64.16			Bangladesh (P.)	62.67
Mean		64.76		70.48		75.34		74.03		69.76
S.D.		6.30		5.16		4.88		6.49		4.55

\* no Diploma

The Institute of Dermatology  
Diploma Course in Dermatology  
Final scores of the participants

Course Date	11 June 6, 94 - Mar. 31, 95		12 May 1, 95 - Feb. 22, 96		13 May 13, 96 - Mar. 7, 97		14		15	
	Country	Scores	Country	Scores	Country	Scores	Country	Scores	Country	Scores
1	Thailand	82.36	Philippines	80.68	Nepal	76.87				
2	Philippines	82.22	Thailand	78.53	Malaysia	76.6				
3	Pakistan (P.)	80.94	Thailand	78.07	Thailand (P.)	76.36				
4	India	80.66	Thailand	77.46	Thailand (P.)	76.08				
5	Pakistan	80.61	Thailand	74.78	Philippines	75.58				
6	Thailand	80.53	Bangladesh (P.)	74.23	China	75.3				
7	Thailand	79.33	Pakistan (P.)	73.5	Thailand (P.)	75.05				
8	China	78.63	Sri Lanka	71.55	Indonesia	73.14				
9	Pakistan (P.)	76.39	Nepal	71.49	Philippines	72.84				
10	Pakistan (P.)	75.69	Thailand	69.4	Thailand	72.7				
11	Bangladesh (P.)	75.68	Thailand	69.09	Sri Lanka (P.)	72.38				
12	Philippines	75.58	Myanmar (P.)	68.59	Pakistan (P.)	72.35				
13	Myanmar (P.)	75.51	Pakistan	67.78	Nepal (P.)	71.82				
14	Philippines (P.)	75.31	Bangladesh (P.)	66.34	China	71.66				
15	China	74.87	Vietnam	65.11	Bangladesh	71.19				
16	Thailand	74.45	Cambodia	64.72	Thailand	70.67				
17	Thailand	73.69	Thailand	63.08	Vietnam	70.5				
18	Vietnam	73.02	Vietnam	62.98	Fiji	70.45				
19	Thailand	72.6	China	62.86	Pakistan	70.04				
20	Thailand	72.37	Pakistan (P.)	61.52	Cambodia	69.69				
21	Pakistan	71.81	Lao	59.44	Maldives	69.54				
22	China (AIFO/Italy)	70.59	Lao	59.16	Indonesia (P.)	69.19				
23	Vietnam	70.29	Pakistan	58.33	Philippines (P.)	67.87				
24	Bangladesh	68.79	China	53.19*	Thailand (P.)	67.68				
25	Tonga Island	68.47			Bhutan	66.72				
26	(W.I.O.)									
27	Vietnam	68.33								
28	Lao	65.37*								
29	Cambodia	64.32*								
30	China	61.54*								
Mean		74.14		67.99		72.09				
S.D.		2.54		7.15		2.92				

\* Certificate

中国2名、ラオス、カンボディア各1名で、これは能力の差というよりも、英語力の差によるところが大きいと思われた。

### (3) 効果

東南アジアでは皮膚病は、内科、外科に次いで多く、患者の20%以上は皮膚病といわれている。しかしながら、皮膚科専門医の数は少なく、100名以上を有する国はまれで、ブータン、カンボディア、ラオス、ミャンマー、ネパールなどでは10名あるいはそれ以下である。また、人口10万人当たりの皮膚科専門医の全部あるいは大部分は本コースの帰国研修員である。

調査の対象となる本研修参加者（含む、タイ国参加者）は、その81%が国公立病院、研究所に勤務し、私立病院に勤務するものは19%にすぎない。私立病院に勤務する者の多くは私費研修員で、この点から私費研修員の採用は一考を要する。

研修員は帰国後、多くの者が職位や職務内容の改善を受けているが、それとともに、同僚や後輩への指導、講義、研修コースやセミナーの開催、出版物などによって、その知識や技術のまわりへの普及に努めている。しかし、機材の不備、資金不足、最新の医療情報の欠如などの阻害要因も少なくないようである。

### (4) 計画の妥当性

研修内容については、研修員のほとんどが適切と考えており、他の類似コースとの比較でも、他コースのほうがより有効としたものは19%にすぎない。また、期待への満足度、修了時の技術改善度についても90%以上が高い評価をしており、コースのさらなる継続、アドバンスコースの新設、研修期間の延長などを希望する意見が多い。

問題点としては、定員の数倍にのぼる応募者からの選抜方法であり、英語能力の重視と帰国後の定着と習得知識、技術の周辺への普及という点から、私費研修員よりも国公立機関からの研修員採用をより優先すべきと考える。

### (5) 持続性

東南アジアには今日でも医科大学を持たず他国に医師養成を依存している国もある。また、カンボディア、ラオス、ネパール、スリ・ランカなどでは医科大学はあっても、皮膚科講座のないところや皮膚科の専任教授のいないところがあり、その点で本コースの意義は大きい。帰国研修員は知識、技術の移転を重要と考え、同僚、後輩への指導、講義、各種研修コースの開催などを積極的に行っているが、これらは勤務機関や学会を通じて行っているものが多く、今後は政策としての改善が望まれる（ラオスでは政策として年2回、帰国研修員を中心に全国から一般医、看護婦などの医療関係者を集めて研修を行っているという）。

タイの体制に関しては、設備・機材についてはJICAの援助もあってかなり充実し

ている。人材については、実習（外来、入院患者）はかなり行えるようになったが、日進月歩の最新皮膚科知識や技術の伝授についてはまだまだ未熟で、日本人講師とともに教育できるのは1～2名にすぎない。タイ側講師陣を育てる目的で、これまで毎年、日本で1年間の研修を行っているが、帰国後日常診療業務に忙しく、数年もすれば給料のはるかによい市中の病院、開業へと走っているのが現状である。日本人専門家（毎年10編以上の論文を国際誌に発表している）による最新の医学知識や技術の伝授という魅力にひかれて私費でもという研修希望者の多いことを考えると、仮に日本人講師による指導が不可能となった場合、現在のレベルを保つためには、欧米などから講師を招く事態が必要となるが、そうなった場合、招へい経費をタイ側が対応できるかどうか疑問である。

#### (6) 実施機関の評価方法および評価内容

##### (評価方法)

皮膚病研究所にて毎年、研修期間終了時に参加者に対し、研修運営体制および研修内容についてアンケートを実施しており、評価結果に応じて、次年度の研修運営体制および内容を改善している。

##### (評価内容概要)

研修員に対し、研修全体に対する満足度を確認したところ以下の評価結果が出ている。

表12 評価結果（満足度）

(単位：名)

	1994年度	1995年度	1996年度
非常によい	25	22	21
レベルが高すぎる	0	0	1
基礎的すぎる	0	0	0
参加の目的に沿わない	0	0	1
その他	0	0	2

#### (7) 周辺国による評価内容

1984～1996年度の17カ国の帰国研修員から合計89通のアンケート回答を回収した。その集計結果から帰国研修員による本研修に対する評価を以下のとおりまとめた（詳細は資料2「皮膚病学」研修修了者アンケート結果参照）。

- ① 回答者の94%が研修を有効と評価しており、自己の技術が改善されたと考える者は95%にのぼる。
- ② 95%が研修で得た知識や経験を業務のうえで活用しており、その方法としては診

療技術の向上が7割程度を占める。

- ③ 9割の参加者が、帰国後職位や職務内容の変化を経験した。「昇級、昇進した者」はそれぞれ1割強、「上司、同僚などによる評価があがった」「より高度な教育への動機づけとなった」がそれぞれ1/4であった。
- ④ ほとんどの回答者が個人的に伝えたり、講義や研修セミナーや出版物を通じて同僚、後輩などに技術や知識の普及を図っている。この普及活動の障害としては、所属機関での機材の不備、資金不足、人材不足や自国政府によるDiploma非承認などがあげられている。なお、本研修で付与されるDiplomaを、参加国の半数以上の政府は認めているが、インドネシア、マレーシア、中国、スリ・ランカ、バングラデシュ、フィリピンは認めていない。
- ⑤ その他の要望として、研修のさらなる継続や上級コースの新設を望む声が寄せられた。

#### 2-4 実施体制評価（タイ側の独自の技術的、財務的自立性の現状）

##### (1) 技術的自立

皮膚病研究所にも確認したが、タイ側の人材だけでは現状のDiplomaが取得できるレベルを確保するのは不可能であり、日本人専門家の派遣が必要である。タイ側のみの対応となると、期間を短縮し、研修内容のレベルを下げるなどの対応が必要となる。

カウンターパート研修でわが国に実施機関から研修員を受け入れているが、現在のところ、1985年から1997年度まで受け入れた12名のうち3名のみが本コースの講師となっており、技術的自立へとつながっていないのが、現状である。

##### (2) 財政的自立

1998年度の協力期間終了後、タイ側のみで対応が可能であるか否かDTECおよび皮膚病研究所に確認したところ、以下の回答があった。

(DTEC) タイ国内の経済状況が悪化している折、DTECの1998年度予算も40%削減される見込みであるため、タイ側で研修経費を全額負担するのは不可能である。タイ側の負担率の増加については、延長が決定すれば、困難ながらも50%負担を検討したい。

(皮膚病研究所) 規模の縮小(定員の削減・期間の短縮)あるいは、私費研修員の割合を増加させれば、タイ側のみの自立した運営の可能性もある。

タイ側の負担率増加について、DTECから50%負担を検討したいとの回答があったものの、タイ国内の現在の経済状況をかんがみると、第1回目からの実現化には疑問がある。また、私費研修員の割合を増加させるためには、最低限、現状のDiplomaが取得

できるレベルを維持し、応募率を確保しない限り困難であろう。

### (3) 延長に関するタイ側の要望

タイ側（DTEC、保健省、皮膚病研究所）から、本コースの延長に対し強い要請があった。これに対し、当調査団から、第三国研修の改廃については原則として10年をもって協力を終了し、特に例外的な措置をとった場合も、通算の協力期間は15年を上限としているため、本コースに関しても、何らかの改善がない限り延長は困難である旨、先方に伝えたところ、皮膚病研究所から以下の提案があった（資料4 皮膚病研究所による延長の提案 参照）。

#### (提案内容)

- ① 研修修了者が、自国で技術移転するための必要な知識・技術を得るために、インテンシブ・コースへと改善する。
- ② 適切な研修員を選抜するため、選考方法を改善する。
- ③ 割当国を見直し、今まで協力をしていないアフリカ・中近東地域諸国にも拡大する。
- ④ 研修修了者へのフォローアップを充実させる。

以上の提案に対し、調査団から、日本へ持ち帰り延長の可能性について検討材料とする旨、回答した。

## 2-5 総合評価、自立発展性

### (1) 総合評価

- ① 過去14年間にわたる日・タイ両国政府の協力により、本件コースが世界で2つしかない皮膚病学Diplomaコースのひとつとして、その研修内容とともに参加者より高く評価されていることは統計資料から明らかである。
- ② 特に正式に募集を行っていないにもかかわらず、臨床医を中心に自費で本コースに参加希望者が増加していることは、注目に値する。
- ③ 上記、①、②より本件コースの有用性を国際的に認識させ参加国に有為の人材を育成したことは本件コースの大きな貢献である。
- ④ しかしながら、参加国における皮膚科専門医の数にはばらつきがあり、また、本件コースのみで各国の必要な皮膚科専門医数を満足させることは不可能である。さらに、参加国における医師の絶対数の不足、専門医の都市部偏在などにかんがみ、皮膚病患者が専門医の診断、治療を受けることは容易ではなく、今後も短期間で改善されるとは期待できないと思われる。
- ⑤ したがって、今後本件コースの参加者には、参加国の現実的に大多数の皮膚病患



者が接すると思われる看護婦（士）、保健婦（士）、一般医などに対する第二次伝達の核となる人材育成により力点を置く時期にきていると思われる。

## （２） 自立発展性

### ① 実施運営面

数次の評価調査などですでに述べられているように、現在のコース運営については実施機関として十分な経験を有している。今後は、本邦研修参加者の定着化と、タイ国内の関係機関との連携強化による人的交流が望まれる。

### ② 財政面

現在、タイを含むアジアの財政危機にかんがみ、わが国の協力なくして、自費参加者を除き、コースの実施は困難である。先方は財政困難ななかにあっても現状どおりの経費負担を約束しており、また財政が好転すれば負担増も可能となろう。

### ③ 技術面

皮膚病学の進歩、過去わが国で研修を受けたカウンターパートの定着にかんがみ、現在のコース水準を維持するためには、部分的にわが国専門家の派遣が必要と思われる。なお、今後のカウンターパート研修員の受入れにあたっては、本コースへの参画を義務づけ、わが国派遣専門家の代替との位置づけを具体的な達成目標とし、達成までの期間を明確にして、今後の協力のあり方を検討すべきであろう。

これによりわが国専門家による指導をより限定する一方、タイならびに研修参加国の人材の活用育成を検討すべき時期にあるものと考えられる。

## 第3章 「プライマリー・ヘルスケア」

### 3-1 研修コース実績

#### (1) コースの背景

1982年、わが国は鈴木総理が提唱したアセアン人造り計画の一環として、タイおよびアセアン各国のプライマリー・ヘルスケア（PHC）を推進するために、無償資金協力および技術協力を通じて、プライマリー・ヘルスケア訓練センターを設立し、5年間にわたり、PHC指導者、普及員に対する教育訓練、PHCの研究、手法の開発などを通じて、タイ国内の保健衛生水準の向上に貢献してきた。プロジェクト開始以来、右プロジェクトの成果を広くASEAN各国に普及することを目的に、同センターにおいてタイ政府主催のもと、毎年ASEAN各国のPHC関係者を対象としたセミナー（1週間）および研修（1カ月間）を実施してきたが、同コースの質的・量的拡充を目的にタイ政府からわが国に、第三国集団研修としてのコース実施に対する支援の要請があった。このような背景のもと、1987年度、第三国集団研修として、10カ月間の中堅幹部候補者を対象とした修士資格取得コースが開始された。1991年度（第5回目）におのおの評価調査を実施した結果、1993年度からさらに5年間の継続延長が決定され、1997年度第10回目まで実施される計画となっている。

(2) コース計画

コースの概要は表13のとおりである。

表13 コース概要

上位目標	アジア・太平洋諸国において、保健活動に携わる人材に対し、プライマリー・ヘルスケア（PHC）の企画・計画・管理に関する知識、技術、経験を増強し、指導性を開発される機会を提供する。																																								
到達目標	(1) プライマリー・ヘルスケアに関する知識、概念、戦略、問題を説明できる。 (2) 保健計画および管理業務のチームリーダーとして効果的に機能できる。 (3) 保健システム研究を計画、設計、実施し、企画、計画、管理活動のための研究知見を利用できる。 (4) 人材開発のための訓練プログラムを適切に方向づけ監督できる。 (5) 地域参加者を動員し、適切な資源と技術を効果的に活用できる。 (6) PHCの地域リーダーシップの開発を促進し、支援できる。																																								
実施機関	マヒドン大学アセアン保健研究所 (AIHD: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University)																																								
研修期間	約10カ月																																								
カリキュラム	<table border="0"> <tr> <td>(1) 前期</td> <td>小計 18単位</td> </tr> <tr> <td>〈コア・コース〉</td> <td></td> </tr> <tr> <td>保健サービス管理</td> <td>3単位</td> </tr> <tr> <td>保健システムにおける疫学的調査論</td> <td>3単位</td> </tr> <tr> <td>保健情報システムマネジメント</td> <td>3単位</td> </tr> <tr> <td>PHCおよび生活水準の向上開発マネジメント</td> <td>3単位</td> </tr> <tr> <td>〈必修選択コース〉</td> <td></td> </tr> <tr> <td>研究方法学</td> <td>3単位</td> </tr> <tr> <td>保健科学におけるコンピューター・アプリケーション</td> <td>3単位</td> </tr> <tr> <td>(2) 後期</td> <td>小計 24単位</td> </tr> <tr> <td>〈コア・コース〉</td> <td></td> </tr> <tr> <td>環境保健プログラム・マネジメント</td> <td>3単位</td> </tr> <tr> <td>〈必修選択コース〉</td> <td></td> </tr> <tr> <td>保健経済学</td> <td>3単位</td> </tr> <tr> <td>PHCにおける社会経済・文化的視点</td> <td>1単位</td> </tr> <tr> <td>保健人的資源計画とリーダーシップ開発</td> <td>3単位</td> </tr> <tr> <td>訓練プログラム管理</td> <td>2単位</td> </tr> <tr> <td>論文セミナー</td> <td>2単位</td> </tr> <tr> <td>MPHM論文</td> <td>12単位</td> </tr> <tr> <td></td> <td>合計 42単位</td> </tr> </table> <p>(1) 習得すべき単位数：少なくとも40単位以上。すべての研修員はマヒドン大学研修科課程の定めるコア・コース、必修選択コース、野外調査・研究コースを習得しなければならない。 (2) 講義は16時間が1単位、演習と野外実習は32時間で1単位</p>	(1) 前期	小計 18単位	〈コア・コース〉		保健サービス管理	3単位	保健システムにおける疫学的調査論	3単位	保健情報システムマネジメント	3単位	PHCおよび生活水準の向上開発マネジメント	3単位	〈必修選択コース〉		研究方法学	3単位	保健科学におけるコンピューター・アプリケーション	3単位	(2) 後期	小計 24単位	〈コア・コース〉		環境保健プログラム・マネジメント	3単位	〈必修選択コース〉		保健経済学	3単位	PHCにおける社会経済・文化的視点	1単位	保健人的資源計画とリーダーシップ開発	3単位	訓練プログラム管理	2単位	論文セミナー	2単位	MPHM論文	12単位		合計 42単位
(1) 前期	小計 18単位																																								
〈コア・コース〉																																									
保健サービス管理	3単位																																								
保健システムにおける疫学的調査論	3単位																																								
保健情報システムマネジメント	3単位																																								
PHCおよび生活水準の向上開発マネジメント	3単位																																								
〈必修選択コース〉																																									
研究方法学	3単位																																								
保健科学におけるコンピューター・アプリケーション	3単位																																								
(2) 後期	小計 24単位																																								
〈コア・コース〉																																									
環境保健プログラム・マネジメント	3単位																																								
〈必修選択コース〉																																									
保健経済学	3単位																																								
PHCにおける社会経済・文化的視点	1単位																																								
保健人的資源計画とリーダーシップ開発	3単位																																								
訓練プログラム管理	2単位																																								
論文セミナー	2単位																																								
MPHM論文	12単位																																								
	合計 42単位																																								
資格要件	(1) 自国政府の推薦者 (2) 医師、歯科医師、獣医師の有資格者もしくははしかるべき学校を卒業した医療従事者 (3) PHC分野で3年以上の実務経験者 (4) PHC従事者 (5) 45歳以下（原則） (6) 英語が堪能で研修を支障なく受講できる健康状態にある者																																								
定員	実施国4名 周辺国12名 計16名																																								
割当国	<p>現行R/D割当国：バングラデシュ、ブータン、ブルネイ、カンボディア、インド、インドネシア、ラオス、マレーシア、ネパール、パキスタン、パプア・ニューギニア、フィリピン、シンガポール、ヴィエトナム、タイ (15カ国)</p> <p>追加国 (年度)：スリ・ランカ (1987)、フィジー (1987)、西サモア (1987)、中国 (1988)、カンボディア (1993)、ラオス (1993)、ヴィエトナム (1993)</p> <p>前除国 (年度)：ミャンマー (1993)、中国 (1993)、スリ・ランカ (1993)、フィジー (1993)、西サモア (1993)</p>																																								

### (3) コース開催実績

#### ① 開催次期

コースの期間は大学の講義として8月から翌7月まで約10カ月実施される

表14 開催時期

	1993年度 <sup>11</sup> / <sub>(11回目)</sub>	1994年度 <sup>12</sup> / <sub>(12回目)</sub>	1995年度 <sup>13</sup> / <sub>(13回目)</sub>	1996年度 <sup>14</sup> / <sub>(14回目)</sub>	1997年度 <sup>15</sup> / <sub>(15回目)</sub>
研修期間	1993.8.30~ 1994.7.7	1994.8.30~ 1995.7.7	1995.8.28~ 1996.7.15	1996.8.1~ 1997.5.31	1997.8.1~ 1998.5.31
研修日数	312日間	312日間	322日間	304日間	304日間

#### ② 応募人数/受入人数/応募率

受入人数の推移：1987年度に本研修が開始されて以来、1991年度までの5年間にマヒドン大学アセアン保健研究所〔ASEAN Institute for Health Development (AIHD)、Mahidol University、以下「AIHD」〕は13カ国から合計74名の研修員を受け入れた（詳細は表16参照）。続く1993～1997年度には10カ国から合計77名の研修員の参加を支援した。

本研修によりプライマリー・ヘルスケア・マネジメント修士号 (Master of Primary Health Care Management: MPH M) を取得した者は149名にのぼる（なお、当初の受入人数の合計は151名で、うち2名が病気などの理由で早期帰国した）。本研修ではタイから4名、その他14の割当国から12名の受入枠を設けている。この16名の定員に対する充足率は94～100%と高い水準を推移している。割当国における平均競争率は2.5～3.0倍である。このほか、割当国からの応募もある。アジアでは中国、ミャンマー、日本、アフリカからはケニア、ウガンダ、ヨーロッパからはオランダが主な応募国である。1993年～1997年度のJICA支援以外による参加者は約58名である。このうち、私費参加者は17名、残りの41名は国際機関、他国政府、NGOから資金を得ている。主なドナーは国際機関ではWHO（16名を支援）、世界銀行（5名）、政府援助機関ではドイツ（2名）、NGOではBRAC (Bangladesh Rural Advancement Committee)（5名）、Bread for the World（3名）である（表17参照）。

#### ③ 研修員受入国および受入人数

東南アジア、南西アジアならびに南太平洋地域20カ国から合計151名の受入れへの支援を実施してきた（表16参照）。

研修開始以来、シンガポールからの応募は皆無で、ブータン、ブルネイからはおのおの1名の応募があったのみである（ただし、ブータンからは他団体の資金により4名が参加している）。

④ タイ側講師

表15 タイ側講師状況

所 属 先	人数 (名)
(内部講師)	
マヒドン大学	21
(外部講師)	
大学	13
保健省	3
WHO	1
その他民間団体	4
合 計	42

所長のソムアツ氏ほか10名（オランダ人講師1名を含む）のA I H D 専属講師をはじめとして、マヒドン大学の熱帯病学部や公衆衛生学部、チュラロンコン大学など他大学の教授、WHOのほか、民間からも招へいするなど、幅広い講師陣を用いている（資料5「プライマリー・ヘルスケア」講師一覧 参照）

なお、研修員とA I H D による年度ごとの評価により、不適格とされた講師の交代が行われている。

表16 第三国集団研修「プライマリー・ヘルスケア」応募状況および参加者数

国名	1987~1991年度		1993年度		1994年度		1995年度		1996年度		1997年度		小計		合計	
	応募者	参加者	応募者	参加者	応募者	参加者	応募者	参加者	応募者	参加者	応募者	参加者	応募者	参加者	応募者	参加者
バンラデシュ	12	9	4	1	7	1	9	0	5	1	4	2	29	5	41	14
ブータン	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
ブルネイ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
カンボディア	-	-	3	1	1	0	3	3	1	0	3	0	11	4	11	4
中国	35	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	10
フィジー	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
インド	6	2	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	3	3	9	5
インドネシア	18	13	2	0	5	1	4	2	0	0	2	1	10	4	28	17
ラオス	-	-	2	2	1	1	1	1	3	2	3	2	10	8	10	8
マレーシア	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	2
ミャンマー	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
ネパール	15	3	3	1	6	1	5	1	9	2	8	2	31	7	46	10
パキスタン	15	3	8	2	12	2	5	2	7	3	4	3	36	12	51	15
バプア・ニューギニア	3	3	0	0	4	0	3	0	0	0	0	0	7	0	10	3
フィリピン	10	6	1	1	3	2	1	1	1	0	0	0	6	4	16	10
シンガポール	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
スリ・ランカ	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
ヴィエトナム	-	-	6	2	4	2	4	1	4	3	5	1	23	9	23	9
西サモア	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
タイ	79	20	9	4	4	4	12	4	14	4	15	4	54	20	133	40
小計	198	74	40	15	49	16	48	15	45	16	44	15	226	77	424	151
当プログラム外	50	34	32	8	20	8	30	17	22	13	23	12	127	58	177	92
合計	248	108	72	23	69	24	78	32	67	29	67	27	353	135	601	243

表17 P H C コーレス応募率、定員充足率の推移

	計	第6回 (1993年度)	第7回 (1994年度)	第8回 (1995年度)	第9回 (1996年度)	第10回 (1997年度)
(1) 応募率						
ア. JICA割当国内応募国数	15/15=100%	10/15=67% (5カ国/中国、韓国、オーストラリア、日本、タイ)	11/15=73% (4カ国/フランス、フィリピン、韓国、中国)	11/15=73% (12カ国/フランス、中国、韓国、タイ、モルディブ、インドネシア、ジャバ、イタリヤ、韓国、日本、韓国、7カ国、モルディブ)	9/15=60% (4カ国/日本、韓国、タイ、韓国)	8/15=53% (5カ国/フランス、日本、韓国、タイ、韓国)
イ. JICA割当国外応募国数(国名)						
イ. JICA割当国内応募者数 定員		40/16=2.50	49/16=3.06	48/16=3.00	45/16=2.81	44/16=2.75
ウ. 全応募者数 定員		72/35=2.06	69/35=1.96	78/35=2.23	67/35=1.91	67/35=1.91
(2) 定員充足率						
ア. JICA負担研修員数 定員	16/16=100%	15/16=93.75%	16/16=100%	15/16=93.75%	16/16=100%	15/16=93.75%
イ. 全研修員数 定員	35/35=100%	23/35=65.71%	24/35=68.57%	32/35=91.43%	29/35=82.86%	27/35=77.14%
(3) その他						
ア. JICA以外のスポンサーによる研修員		WHO 3名 UNICEF 1名 NGO 1名 私費 3名	WHO 2名 世銀 3名 NGO 3名	WHO 5名 オーストラリア 1名 韓国 2名 NGO 4名 私費 5名	WHO 1名 フランス 1名 韓国 1名 AIHD 1名 NGO 2名 私費 7名	WHO 5名 世銀 2名 NGO 3名 私費 2名
イ. JICA割当国以外の研修参加者		フランス、日本、韓国各1名	タイ-1名	中国、フランス、モルディブ、韓国、韓国各1名	韓国、韓国、各1名、日本4名	日本、フランス、7カ国各1名

⑤ 日本人講師（派遣専門家）

日本からも3名の専門家が合計59日間派遣されたのみで、1995年度以降の派遣は行われていない。

表18 日本人専門家実績

年 度	派遣日数	担 当 分 野	氏 名	所 属
1993	18日	コンピューターサイエンス	横尾 能範	神戸大学国際文化部
1994	14日	産業保健指導	堀江 正和	NKK京浜保健センター
	27日	コンピューターサイエンス	鎗木 誠	神戸大学国際文化学部
1995～1997	派遣実績なし			

⑥ カウンターパート研修

カウンターパート研修の受入実績はない。

⑦ カリキュラムの推移

1997年度のカリキュラムでは、15単位のコア・コースおよび27単位の必須コースから構成されている。コア・コースのPHCおよび生活の質開発論は約3週間のタイ、ラオス、ミャンマーへのフィールドトリップであり、研修員に各レベルのPHC現場を経験させることを目的としている。本コースでは論文が特に重視されており、2学期の試験終了後、研修員はリサーチから完成まで約4カ月の時間を割いて論文作成に専念する。なお、研修員の評価、AIHDの判断によりカリキュラムは毎年見直され、必要があれば変更が加えられる（表19参照）。

⑧ 使用テキスト

教材は各講師がテーマごとに用意する。市販の書籍を使用する場合もあるが、講師作成のプリントなどを配布して、教材とすることが多い（資料6「プライマリー・ヘルスケア」テキスト一覧 参照）。

⑨ 修士号取得要件

本コースでは、全教科を平均してGPA（Grade Point Average）3.00またはB以上のスコアを維持することがMaster of Primary Health Care Management（MPHM）取得の必須条件である。加えて、コア・コースの5教科（保健サービス・マネジメント、保健システムにおける疫学研究、保健情報マネジメント、PHCと生活の質開発マネジメント、環境保健プログラム・マネジメント）については、すべてGPA3.00またはB以上の成績をとらなければならない。これらの教科のうちひとつでも下回ると、全コースを終了した場合でも履修証明書しか授与されない。



表19 Master of Primary Health Care Management (MPHM) カリキュラムの推移  
(単位数)

コ ー ス		1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度
保健サービス・マネージメント	ADPM 601					3
保健システムにおける疫学研究	ADPM 606	3	3	3	3	3
医療経済学	ADPM 612	3	3	3	3	3
PHCにおける社会経済・文化的視点	ADPM 618	2	1	1	1	1
PHCと生活の質開発論	ADPM 622	3	3	3	3	3
PHCと生活の質開発マネージメント	ADPM 623	3	3	3	3	3
保健情報マネージメント	ADPM 624	3	3	3	3	3
環境保健プログラム・マネージメント	ADPM 626	3	3	3	3	3
保健サービス運営論	ADPM 627	3	3	3	3	
調査方法論	ADPM 628	3	3	3	3	3
保健科学のコンピューター・アプリケーション	ADPM 629	3	3	3	3	3
保健人材計画とリーダーシップ開発	ADPM 630	3	1	1	1	1
トレーニング・プログラム・マネージメント	ADPM 696			2	2	2
論文セミナー	ADPM 697	2	2	2	2	2
MPHM論文	ADPM 698	3	3	12	12	12
トレーニング・プログラム・マネージメント	ADPM 699	2	2			
修士号取得に必要な単位数		39	39	42	42	42

(注) 大幅に内容が変更された科目に関しては、以前のものは別科目として扱うため、同じ名前を使用しても科目番号は変更される。

⑩ テキスト実施状況およびテスト結果

成績は小テスト、発言などによる授業への貢献、小論文、期末試験の総合評価で決定される。医療経済学では上記に加え、中間試験も評価対象となる。本研修の参加者で修士号を取得できなかった者は現在までに2名（ラオス、タイ各1名）である（うち1名は病気のため早期帰国したため（表20参照））。

表20 研修員成績

(4.00を満点とするGPA)

1993年度		1994年度		1995年度		1996年度		1997年度	
国 籍	成績	国 籍	成績	国 籍	成績	国 籍	成績	国 籍	成績
Bangladesh	3.53	Bangladesh	3.35	Cambodia	3.30	Bangladesh	3.40	Bangladesh	3.25
Cambodia	3.35	India	3.67	Cambodia	3.35	India	3.46	Bangladesh	3.41
Laos	3.25	India	3.45	Cambodia	3.40	Laos	3.33	Indonesia	3.83
Laos	3.44	Indonesia	3.47	Indonesia	3.53	Laos	3.33	Laos	3.25
Maldives	3.98	Laos	3.38	Indonesia	3.40	Nepal	3.60	Laos	3.25
Nepal	3.69	Nepal	3.65	Laos	3.58	Nepal	3.48	Nepal	3.30
Pakistan	3.65	Pakistan	3.62	Nepal	3.32	Pakistan	3.56	Nepal	3.25
Pakistan	3.84	Pakistan	3.62	Pakistan	3.43	Pakistan	3.30	Pakistan	3.16
Philippines	3.79	Philippines	3.50	Pakistan	3.48	Pakistan	3.26	Pakistan	3.25
Vietnam	3.37	Philippines	3.67	Philippines	3.72	Vietnam	3.46	Pakistan	3.75
Vietnam	3.38	Vietnam	3.52	Vietnam	3.42	Vietnam	3.60	Vietnam	3.30
Thailand	3.66	Vietnam	3.63	Thailand	3.68	Vietnam	3.73	Thailand	3.91
Thailand	3.74	Thailand	3.88	Thailand	3.50	Thailand	3.76	Thailand	3.66
Thailand	3.73	Thailand	3.45	Thailand	3.88	Thailand	3.56	Thailand	3.50
Thailand	3.66	Thailand	3.72	Thailand	3.63	Thailand	3.95	Thailand	3.41
		Thailand	3.72			Thailand	3.85		
平均	3.60	平均	3.58	平均	3.51	平均	3.54	平均	3.43

(注) 1997年度に関しては1学期のみの成績。

## ① 研修経費(精算額)

1993～1997年度の研修経費の負担割合は表21に示すように、1993年度のみはJICAの全額負担、1994～1996年度はJICAとDTECの負担比率はほぼ7対3で推移しているが、タイ側の経費負担率向上の努力が現れている。

表21 経費実績

	1993		1994		1995	
	Bahts	%	Bahts	%	Bahts	%
JICA	2,202,993.25	100	3,195,700.00	73.46	2,657,848.00	66.62
DTEC	0	0	1,154,619.00	26.54	1,340,472.00	33.38
小計	2,202,993.25	100	4,350,319.00	100	4,016,320.00	100

	1996		1997	
	Bahts	%	Bahts	%
JICA	2,145,398.00	51.68	3,105,112.00	66.33
DTEC	2,940,517.00	48.32	1,576,032.00	33.67
小計	6,085,915.00	100	4,681,144.00	100

1997年度は予算額。

### 3-2 アジア諸国の当該分野の現状

#### (1) 周辺国評価結果

##### ① プライマリー・ヘルスケア政策、制度の現状

表22 アジア諸国の主要保健指標

国名	出生時 平均余命 (年)	5歳未満 児死亡率 (出生 1,000人 当たり)	妊産婦 死亡率 (人口10 万人当た り)	適切な衛生施設 を持つ人の比率 (%)			安全な飲料水を入 手できる人の比率 (%)			医師1人当 たりの人 (人)
				全国	都市	農村	全国	都市	農村	
バングラデシュ	57	112	850	48	79	44	97	99	96	12,500
ブータン	52	127	1,600	70	90	66	58	75	54	11,111
ブルネイ	75	11	60	—	—	—	—	—	—	—
カンボディア	53	170	900	14	81	8	36	65	33	—
中国	69	47	95	24	74	7	67	97	56	—
インド	62	111	570	29	70	14	81	85	79	2,439
インドネシア	64	71	650	51	73	40	62	78	54	7,143
ラオス	53	128	650	18	—	—	44	—	—	4,545
マレーシア	72	13	80	94	—	—	78	96	66	2,564
ミャンマー	59	150	580	43	56	36	60	78	50	12,500
ネパール	56	116	1,500	18	58	12	63	88	60	16,667
パキスタン	63	136	340	47	77	22	74	82	69	2,000
パプア・ニューギニア	57	112	930	22	82	11	28	84	17	—
フィリピン	68	38	280	75	89	63	84	93	80	8,333
シンガポール	77	4	10	—	—	—	100*	100*	—	725
タイ	69	38	200	96	98	95	89	94	88	4,762
ヴェトナム	67	44	160	21	43	15	43	47	42	247
日本	80	6	18	—	85*	—	97*	100*	85*	—

\*データが標準的な定義によらないもの、あるいは国内の一部地域のもの。

(出典：UNICEF「世界子供白書1998」、UNDP「Human Development Report 1997」)

アジアの途上国の多くで、下痢症、気管支炎、肺炎、インフルエンザ、結核、はしか、マラリアなどの感染症が罹患率、死因の上位を占める。一方、ブルネイ、シンガ

ポールに続いてマレーシア、タイ、フィリピンは、近年、心臓病や悪性腫瘍が死因の上位に登場するなど病気の「先進国化」を経験している。このように、アジア地域でも保健・医療上の課題はその国の発展の度合いにより異なる。

以下では、今回現地調査の対象国であるパキスタンとフィリピンを中心にプライマリー・ヘルスケアを取り巻く環境や施策・制度を概説する。

#### a) パキスタン

同国では類似所得レベルの他のアジア諸国に比べて5歳未満児と妊産婦の死亡率が高く、母子保健の立ち後れが顕著である。また、都市部に比べて地方での保健・医療サービスが質・量ともに不十分な点も深刻な問題となっている。医師は絶対数では不足しているとはいえず、むしろの80%の医師が人口の30%が居住する都市に集中している地域的偏りが地方での医療サービス提供の障害となっている。

このような状況に対処すべく、政府は「すべての人に健康を（Health for All：HFA）という目標をプライマリー・ヘルスケアを通じて達成する意図であり、プライマリー・ヘルスケア制度の強化を国家保健政策の中心に据えている。そのための施設としてルーラル・ヘルスセンター（Rural Health Center：RHC）およびベーシック・ヘルスユニット（Basic Health Unit：BHU）の建設を進めてきた。人口1～2.5万人にひとつ設けられているRHCには男性医師2名、女性医師1名、歯科医師、産科診療・母子保健に従事する女性ヘルスワーカー（Lady Health Visitor：LHV）、X線技師、その他の補助員が配置されることになっているが、歯科医の不足とイスラム教の価値観により女医が家族から離れて僻地に赴任することに消極的であるため、実際は男性医師1～2名しかいない場合が多い。

3～4カ村に医療・保健サービスを提供するプライマリー・ヘルスケアの最前線である施設BHUには、通常医師、看護婦、LHVが各1名ずつ配置される。

しかし、現実には一次診療施設を管理する県（District）ヘルスオフィスの人員不足や非効率のために薬品の配布が滞りがちであったり、現場の医師の職務に対する熱意なさなどから（副業として個人診療を行うのが通例のため勤務時間中でも診療所にいない場合がある）、プライマリー・ヘルスケア制度は期待された役割を十分に果たしていない。

#### b) フィリピン

パキスタンに比べて保健指標はかなり改善されてきているが、医療機関の配分は都市に偏っており、そこでは治療がサービスの中心である。その結果、地方では依然として予防可能な病気が蔓延しており、医療サービスへのアクセスは限られている。この現状を認識している保健省は「2000年までに全国民に健康を（Health for

all Filipinos by Year 2000)」と「2020年までに健康を人々の手中に (Health in the Hands of the People by the Year 2020)」のスローガンを掲げて、プライマリー・ヘルスケアを推進している。第一次診療施設としては、ひとつの市または町にひとつ以上のルーラル・ヘルスユニット (Rural Health Unit: R H U)、平均4～6 バランガイ (部落) にひとつバランガイ・ヘルスステーション (Barangay Health Station: B H S) が設置されている。

R H Uでは通常、一般医、保健婦、臨床検査技師、助産婦、歯科医師 (非常勤の場合もある) などのスタッフが、B H Sでは助産婦が訓練を受けたヘルスボランティア (Brangay Health Worker: B H W) の補助を受けて、すべてのプライマリー・ヘルスケアを提供する。しかし、1992年施行の地方分権法により、これらの一次診療施設の予算は保健省に代わって市・町から支出されることとなり、その結果、予算が減額された。これは医薬品の不足や給与の遅配を引き起こし、職員の意欲の減退による医療サービスの後退につながっている。

## ② 人材育成体制

プライマリー・ヘルスケアの第一線で活動する人材育成努力はフィリピン、パキスタン両国で続けられてきている。フィリピンでは家族計画・母子保健プロジェクト・フェーズⅡ (1997～2002年) がルソン島中部の6州を対象に、パキスタンでも母子保健プロジェクト (1996～2001年) が実施中である。前者では助産婦、後者では医師やL H Vなど女性の医療スタッフの養成が中心的なコンポーネントとなっている。フィリピンの母子保健プロジェクトには、フィールド要員の管理者に対するトレーニング (trainers' training) も含まれている。

しかし、これらのプロジェクト・ベースの訓練プログラム以外には、プライマリー・ヘルスケア企画・実施に携わる人材の組織的な養成はなされてこなかったといえる。

## ③ 研修機会

プライマリー・ヘルスケア・マネジメントの修士課程は世界中でA I H Dにしかない。短期のコースやセミナーなどは行われている国が多いが、MPHMコースほど総合的かつ密度の濃いものはないといえる。

プライマリー・ヘルスケアを包括する学問分野である公衆衛生学 (Public Health) の大学レベルの課程はフィリピン、パキスタンの両国に存在する。代表的な例としては、フィリピンにはフィリピン大学公衆衛生学部 (Coolege of Public Health)、パキスタンにはヘルス・サービス・アカデミーに公衆衛生修士プログラム (Master of Public Health) が設けられている。

## (2) 帰国研修員の活動状況

### ① 帰国研修員の定着度

パキスタンで面談した4名の帰国研修員はいずれも元の職場に復帰したが、プライマリー・ヘルスケアとは直接関係のない仕事をしてきた。しかし、そのうち1名は現地調査の数日前に保健省のPHC室(PHC Cell)の副責任者に任命された。彼は昔から同国のプライマリー・ヘルスケア政策立案にかかわってきた人物で、予算上の制約のためにしばらく別の仕事をしてきたが、今回復帰した。

フィリピンでは時間の制約上マニラのための訪問となり、プライマリー・ヘルスケア・コースの参加者に会うことができなかったが、質問票に回答した首都圏以外の3名の帰国研修員は全員、元の所属に戻っている(資料7参照)。

### ② 帰国後の処遇、上司の評価

パキスタンの一部の帰国研修員から、研修成果を直接活用する機会を与えられていないことに対する不満の声があった。この不適切な人材配置の理由として、MPHMの知名度が低く、上司がDiplomaの一種程度としかみなしていないことがあげられていた。これに関して、彼らはマヒドン大学の広報努力を要求している。他の参加者は昇給や(プライマリー・ヘルスケアに直結していない場合も含めて)、よりよい仕事の機会を与えられるようになるなど、待遇の改善を経験している。

研修成果については、現在プライマリー・ヘルスケアに携わっていない者も含めて、マネジメントやコンピューターの知識は仕事の効率化に大変役立っているというのが一致した意見である。唯一会うことのできた帰国研修員の上司、パキスタンの代表的な試験研究機関である国立衛生研究所(National Institute of Health)の所長は、研修後の部下の業務遂行がより効率的かつ効果的になったと、研修の成果を認めていた。

参加者は全員、個人的に同僚に伝えたり、講義や研修コース、セミナーの開催などにより研修で得た知識や経験を移転している。

### ③ ネットワーキング

首都圏にいる参加者間には個人的な交流はあるようであり、皮膚病学コース参加者が独自に同窓会を結成して、ボランティア活動に乗り出しているが、本邦研修参加帰国研修員とのつながりが弱いという印象を受けた。2名の帰国研修員からは、260名のメンバーを擁しきわめて活発なパキスタンJICA同窓会に加盟したいとの要望が出された。JICA同窓会の会長は、同会のメンバーシップは日本で研修を受けた者に限定されているが、準会員などの資格での加盟許可を検討すると述べていた。

④ その他の要望

すべての参加者がコース継続を望んでいる。博士号などの上級課程設置や日本での研修の希望が提示された。

3-3 コース評価

(1) 効率性

研修実施体制の項目で述べたように、AIHDはプライマリー・ヘルスケア分野での多種・多様なプログラムを企画・実施してきた実績がある。その運営能力は本コースにも十分発揮されており、質量ともに適切な投入がなされたことが、研修員のコース評価結果に現れている。なお、AIHDは学期ごとに各科目（内容、講師、授業方法、宿題など）とコースマネージメント、図書室などの設備やその他のサービスに関して研修員から評価やコメントを受けて、研修の改善に努めている。その結果、過去数年で評価はおおむね上昇している。

表23 研修員によるMPHM科目評価結果

(5=excellent, 4=good, 3=fair, 2=quite fair, 1=poor)

科 目	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度
ADPM624	3.30	3.90	4.18	2.84	3.62
ADPM629	2.53	3.40	3.83	3.34	4.17
ADPM606	4.25	4.76	4.38	4.42	4.59
ADPM628	3.55	4.25	4.13	3.36	4.12
ADPM612	3.50	3.72	3.83	3.12	—
ADPM623	4.18	4.53	3.96	3.19	—
ADPM618	3.83	4.51	4.09	4.53	—
ADPM697	4.18	3.42	4.00	3.57	—
ADPM630	3.49	4.35	4.17	3.63	—
ADPM601	4.54	4.47	4.44	3.55	4.17
ADPM626	3.93	4.43	4.05	3.55	—
ADPM696	4.64	4.33	4.61	4.65	—

\*1997年度は1学期のみの評価結果。



表24 研修員によるMPHMコース運営・設備などの評価結果

(5=excellent, 4=good, 3=fair, 2=quite fair, 1=poor)

項 目	1996年度 2学期	1997年度 1学期
コース運営	3.41	4.14
教室環境	3.53	4.23
図書室	3.82	4.09
講師使用のオーディオ・ビジュアル機器	3.18	4.27
配布物(プリントその他)	3.53	3.86
研修員間の調整	3.41	3.91
コミュニケーションと交通	3.82	4.00
時間割	3.59	3.77
講師の適性	3.47	4.00
試験の内容	3.47	3.82
関連機関(DTEC、JICA、WHOなど)との連携・調整	3.59	3.77
総合評価	3.53	3.99

## (2) 目標達成度

前期に6つのコース、後期に7つのコースがあるが、研修員によるコース評価からみると、研修員はコース内容をよく理解していると思われる。なぜなら、それは評価内容的確さに表れており、かつ、研修員の研修に対する最終的な態度にもうかがわれる。研修員とのインタビューで注目されたことは、Health Service ManagementやManagement of Health InformationなどのコースでManagementを習得したということである。これは、このコースで、プライマリー・ヘルスケアを技術面だけではなくManagement(運営方法)を含めた全体像を把握したことを示すものと考えられる。タイからの研修員に関する限りでは、コース卒業後、ほぼ、すべての研修員は、保健省で働いており、コースで習得した技術、知識が活かされている場合が多い。

他国の研修員に関しては、自国に帰ってから習得した技術や知識を十分に生かすことが少ない。この理由として、各政府による政策策定意欲の欠如、資金不足、人材不足を主要因として、いまだ多くの国で、プライマリー・ヘルスケア分野における人材育成を含む確固としたプログラムが育成されていないためである。

## (3) 効果

アジアの途上国はすべてプライマリー・ヘルスケアプログラムを実施しているが、その国の経済レベルや政策の違いにより、プログラムの進展や、当面する問題は異なっている。

これらの国に共通する問題は、行政末端に位置する、コミュニティレベルでの保健

サービスの量的不足と質的低劣である。問題は、各国がこれら諸問題の解決に、このコースで研修したスタッフを生かしきれていないことである。しかし、タイにおいては、プライマリー・ヘルスケアに政策の力点が置かれ、発展しつつあり、このコースの研修員もこれに積極的に参加している。

#### (4) 計画の妥当性

10カ月のコース期間としては、研修の内容は量、質ともニーズに合致していると思われる。研修員とのインタビューでは、アジアや欧米の2年のマスターコースと比べ、10カ月という短期間であるが、費用も少なく、内容的にも、充実した研修が得られるのが、このコースの優れているところだという意見が多かった。さらに、このコースでは、研修員によるコース評価を導入することにより、研修ニーズを把握し、そのニーズへの対応に取り組んでいる。たとえば、Management研修を強化したことなどがそのひとつである。

研修員にとって、修士号を取得できることが、このコースに参加する大きなインセンティブであることは明らかである。意欲のある優れた人材を育成するという観点から、この研修コースが修士号取得可能コースであることは重要である。

#### (5) 持続性

本コースを卒業した周辺国からの参加研修員の多くは、本国に帰り、保健省での仕事を続けているが、本国で人材育成などプライマリー・ヘルスケアのプログラムマネジメントに携わっている者は少ない。すなわち、多くの国では、いまだ、本格的なプライマリー・ヘルスケア人材育成計画の実施に取り組んではいない、ということである。

研修員とのインタビューでは、多くの研修員が卒業後には自国でのプライマリー・ヘルスケアのための人材育成の重要性を認識しており、この点に関する日本からの協力の重要性を表明していた。問題は、人材育成計画をいかに持続、自己発展させるかであるが、これには、中央政府の明確なコミットメントと地方政府、さらにはコミュニティとの密接な協力が需要であることはいうまでもない。

#### (6) 実施機関側の評価基準および評価内容

コース評価は研修コース終了後に研修員へのアンケートにより、きわめて優れている(5)、優れている(4)、よい(3)、やや劣る(2)、劣る(1)の5段階評価を行っている。評価内容は、①講義の内容一般、②講義の準備、コースの目的との関連など講義の仕方、③ティーチングマテリアルの選択など講義の方法、④宿題やレポートの提出など研修コースの行い方、そして、⑤コース評価方法、の5項目からなっている。

研修コースは、経験の着実な積み重ねから、全体の評価は年々あがっていることが確認された。

以上、コース評価は、内容的にも、理論的見地、ならびに、実際的見地からしても、納得できるものと思われる。

#### (7) 周辺国からの参加者による評価内容

1987～1996年度の帰国研修員にA I H Dを通じてアンケートを実施したが、回収率が13%と低い結果となった。今後の課題として、A I H Dで帰国研修員の現状をフォローアップすることが必要である。

回答者数は合計28名であるが、その集計結果から帰国研修員による本研修に対する評価を以下のとおりまとめた（詳細は資料7参照）。

- ① 回答者全員が研修を有効と評価しており、コースで得た知識・技術を、主に担当しているPHCプロジェクトを効果・効率的に運営するために役立てる、あるいは研究活動に生かしたりしている。
- ② ほとんどの回答者がコースで得た知識を個人的に同僚に伝えたり、講義や研修セミナーを通じ周囲の者へ普及を図っている。この普及活動の障害としては、主に参加国のプライマリー・ヘルスケアに対する政策策定能力および認識の不十分さ、人材の欠如などがあげられている。

### 3-4 実施体制評価（タイ側の独自の技術的、財務的自立性の現状）

#### (1) 組織運営能力

A I H Dの前身は、1982年日本の無償資金協力により設立されたA S E A Nプライマリー・ヘルスケア訓練センターである。1988年、同訓練センターはマヒドン大学傘下の研究所となりA I H Dと改称された。これと前後して、A I H Dは1986年に試行を終えていたMPHMコースの本格実施に着手した（図1参照）。

調査時点では、A I H Dは教職26名、事務職113名、合計139名の職員を擁する体制にある（所長のソムアツ・ウォンコムトン氏を含む主要スタッフのリストは資料5参照）。表25に示すように、過去5年間にA I H Dは職員数およそ2割増やしている（ただし、A I H DはMPHMコースのほかにもさまざまな研修を実施しているため、表25は本研修専任以外の職員も含む）。

表25 A I H D 職員数の推移

職 種	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
教職					
所長	1	1	1	1	1
副所長	3	3	2	3	3
シニアアドバイザー	-	-	2	2	2
講師	2	2	4	3	4
研究者	18	18	14	16	16
小 計	24	24	23	25	26
事務職					
外国人	2	2	4	5	5
タイ人	61	62	71	80	84
臨時	26	25	20	23	24
小 計	89	93	95	108	113
合 計	113	113	118	133	139

タイ国外の研修員の募集は、D E T C が割当各国のタイ大使館を通じてその国の担当政府機関から応募者の推薦を受ける。D E T C が応募者があらかじめ定められている要件に適合するか否かを審査した後、A I H D が職務経験などに加えて、英語力を中心に審査し、不合格者を決定する。ただし、一国からの受入数は最大限で3～4名とされている。この審査結果はマヒドン大学を通じてD T E C に報告され、D T E C はタイ大使館経由で相手国の担当機関に通知する。

タイ国内の場合は、保健省が関係省庁を通じて中央・地方政府の職員から応募者を募る。保健省から推薦された応募者のうちD E T C 実施の英語試験に合格した者を、A I H D が筆記試験と面接により審査し、D T E C に最終合格者を通知する。

## (2) 施設機材

A I H D はバンコクからおよそ30kmに位置するマヒドン大学サラヤ・キャンパスに立地する。本館、トレーニング棟、研修員の宿泊施設であるA S E A N ハウス、オーディトリアムの4つの建物を持つ。本館にはコンピューターセンターと図書室がある。コンピューターセンターには20台のコンピューターが設置され、接続しているマヒドン大学のコンピューターセンターを通じてインターネットの使用も可能である。研修員を補助するためにサポートスタッフが配置されている。図書室にはP H C と保健に関する多数の蔵書を有す。M P H M コースの論文も保管されている。また、研究員はサラヤ・キャ

図1 AIHD組織図

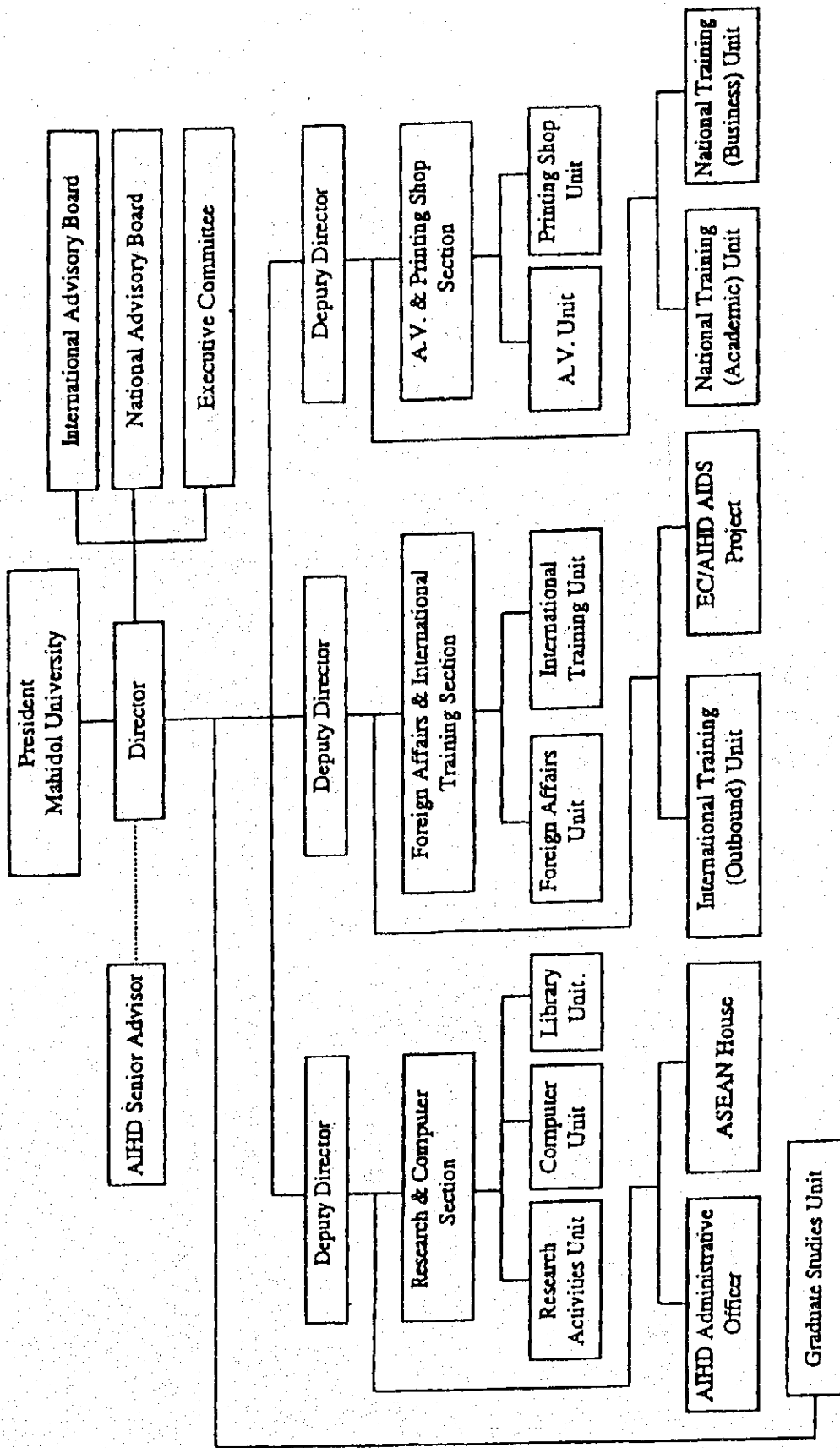


図2 タイ人以外の募集・審査プロセス

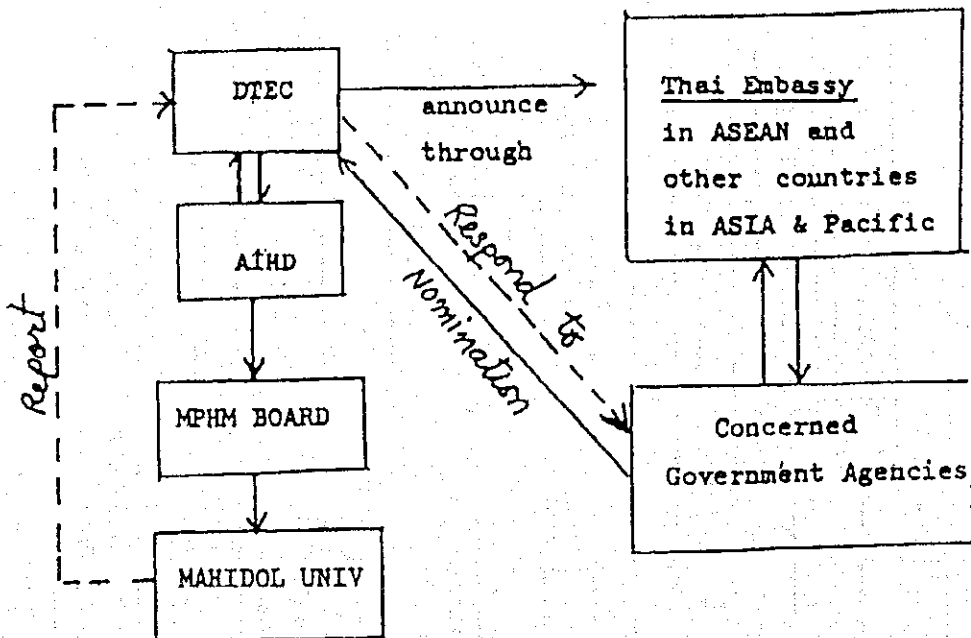
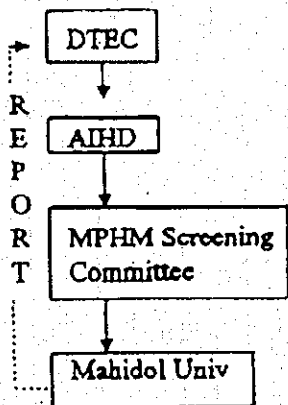


図3 タイ人の募集・審査プロセス



ンパスの中央図書館を利用することもできる。ASEANハウスには2人部屋51室があり、全室エアコン、シャワー、トイレ付きである。併設されている食堂で食事ができるほか、キッチンでの自炊も可能である。

### (3) 人材育成体制

本研修に関してはカウンターパート研修は特に行われていない。所長と3名の副所長は保健分野での博士号保持者であり、中心となる事務スタッフも修士号もしくは学士号を持っている者が多い（なお、所長のソムアツ氏は1996年6月、2年間の予定で東京大学医学部国際地域保健学教室の教授に就任した）。このような教育水準の高いスタッフは十分な運営能力を有しており、カウンターパート研修の必要性はないと判断された。

### (4) 財務体制

本第三国集団研修に関してAIHDに交付される予算は、DETCが総事業費から研修員の来タイ交通費、宿泊費、月手当を差し引き、さらにマヒドン大学が施設利用費を引いた残額である。AIHDはこの交付金から全研修費用を支出しなければならない。しかし、このプログラムで受け入れる人数のみでは損失が生じているのが現状である。

表26 JICA支援研修員受入にかかる収入と経費（AIHD分のみ）

(単位：バーツ)

年度	生徒数 (a)	1人当たり学費 (AIHD受取分) (b)	AIHD収入 (a)×(b)=(c)	AIHD支出 (d)	収支 (c)-(d)
1993	15	65,320	979,800	1,014,796	-34,996
1994	16		1,045,120	1,918,250	-873,130
1995	15		979,800	1,498,616	-518,816
1996	16		1,045,120	1,113,154	-68,034
1997	15		979,800	1,038,300*	-58,500*
計	77	-	5,029,640	6,583,116	-1,553,476

\*推定値

すなわち、JICA支援以外の参加者が加わることによって、初めて支出を上回る収入が得られる。表27が示すように、現在の学費水準を維持するとすれば、合計25名以上の生徒を受け入れなければ赤字運営を強いられる。

表27 全研修員にかかる収入と経費（A I H D分のみ）

（単位：パーツ）

年度	生徒数 (a)	1人当たり学費 (A I H D受取分) (b)	A I H D収入 (a)×(b)=(c)	A I H D支出 (d)	収 支 (c)-(d)
1993	23	65,320	1,502,360	1,014,796	487,564
1994	24		1,567,680	1,918,250	-350,570
1995	32		2,090,240	1,498,616	591,246
1996	29		1,894,280	1,113,154	781,126
1997	27		1,763,640	1,220,700	542,940
計	135	-	8,818,200	6,765,516	2,052,684

表28 生徒1人当たり学費の大学側・A I H D配分内訳（1996年度）

（単位：パーツ）

項 目	収 入	大 学	大学院	A I H Dへの配分
大学手数料	6,500	6,500	-	-
講師手数料	5,000	-	-	5,000
大学院授業料	42,900	4,290	4,290	34,320
健康保険料	1,300	1,300	-	-
論文登録料	26,000	-	-	26,000
合 計	81,700	12,090	4,290	65,320

## (5) 他の援助機関との連携

当該第三国集団研修以外にも、A I H Dは国際機関や外国政府からの支援を受けて、さまざまなプログラムやプロジェクトを実施している。主な活動は、中堅プロフェッショナルのマネジメント技術向上をめざす国際トレーニングプログラム、PHC理念の理解と実施手法の訓練のための国内トレーニングプログラム、エイズプログラムなどである。これらのタイトルのもとに、A I H Dは多様な個別プログラム、コース、セミナーなどを企画、実施している。国際トレーニングプログラムの参加者は合計で1500名を超え、現在の支援団体は、WHO、UNICEF、EUをはじめ25機関にのぼる。



表29 国際トレーニングプログラムの主要プログラム (1996~1998年)

タイトル	概要
タイにおけるプライマリー・ヘルスケア開発に関するUNICEF・AIHD共同スタディセミナー	タイの経済・社会全般の状況を検証し、全社会開発過程にプライマリー・ヘルスケアを取り入れる方策を探るとともに、自国への応用可能性を検討する。
母子保健、家族計画へのプライマリー・ヘルスケア的アプローチ	参加型トレーニングの企画、調整方法に重点を置いたプライマリー・ヘルスケアの概念に基づく母子保健、家族計画の最新情報および技術を提供する。タイ東北部へのフィールドトリップを含む。
エイズ患者に対するコミュニティ中心の予防、コントロール、治療マネジメント	タイ国内でのフィールドトリップを通じて、政府、NGO、コミュニティでのエイズ・マネジメント・モデルを学び、自国への応用可能性を検討する。
地区レベルでのプライマリー・ヘルスケア	WHOの東・南アジア地域からのプライマリー・ヘルスケアまたは地方開発責任者を対象に、地区(district)および下位レベルにおける分権化された保健マネジメントの理論と実践を学習する。
保健・社会総合開発：タイの事例	タイと日本の大学生を対象に、タイにおける保健・社会問題、都市と地方におけるプライマリー・ヘルスケア、コミュニティ参加型開発、ベーシック・ヒューマン・ニーズの充足方法などを学ぶ。
コミュニティ参加型開発およびプライマリー・ヘルスケアのマネジメント	コミュニティ中心の開発およびプライマリー・ヘルスケアの参加型開発戦略の活用検討を行う。もともとカナダ政府の資金援助を得て、AIHD、フィリピンのダバオ大学、カナダのカルガリー大学の連携により開始されたプロジェクトだが、1996年からはタイのみでの実施となった。
プライマリー・ヘルスケア・マネジメント上級プログラム	プライマリー・ヘルスケア責任者向けに、プロジェクトの計画、実施、評価の各段階で必要な情報収集、処理、分析方法の訓練を行う。このプログラムはアガ・ハーン財団が開始したもので、AIHDを含む数カ国の機関が参加している。

### 3-5 総合評価、自立発展性

- (1) 1987年、本件第三国集団研修が開始されて以来、長年にわたる日本側の協力によりコースの充実が図られ、最近では割当国のみならず、私費参加者、国際機関、他国政府、NGOなどからの費用負担による参加者も多数にのぼることから、本研修は国際的に認知されたプライマリー・ヘルスケア・マネジメント分野の唯一の修士課程として確固たる地位を確立したといえる。
- (2) このことには、わが国による無償資金協力、プロジェクト方式技術協力、研修員受入事業との有機的な組合せによる実施機関の能力の育成、および実施機関首脳が知日派であったことなども寄与していると思われる。

- (3) しかしながら、養成された研修員が、帰国後その成果を十分に発揮するためには、本国においてその能力を活用できるためのPHCのシステムが確立されなければならない。
- (4) 現在、参加国のなかにはJICAによるPHCプロジェクト協力が実施されている国も少なくないところ、参加者とプロジェクト方式技術協力の関連づけの努力が必要である。
- (5) また、プロジェクト方式技術協力が実施されていない国でPHCシステムの確立が不十分な国においては、帰国研修員を中心として第二国研修の実施、または専門家派遣などを行うことにより、当該国の保健政策の策定、それに基づくPHCシステムの構築を促すことも検討に値すると考える。
- (6) 本コースの実施機関は、今後タイ国保健省との連携により、タイ国内でのPHCシステムの拡充を実施し、その過程を本コースの研修に取り入れることを提案しているところ（資料8「プライマリー・ヘルスケア」実施機関による延長の提案 参照）。さらに本コースを延長する場合、上記(3)～(5)を視野に入れた研修を行うことを考慮すべきと考える。
- (7) なお本コースの自立性については、施設、機材、実施運営体制については問題ないものと思われるが、実施経費については、タイを含むアジア全体の経済危機にかんがみ、当面日本の負担分を考慮する必要がある。