

Technical Report

国立研究開発法人国立国際医療研究センター
国際医療協力局

テクニカル・レポート vol. **09**

March, 2016

アジアの開発途上国における
医療の質の改善への取り組み

国立研究開発法人国立国際医療研究センター
国際医療協力局

テクニカル・レポート vol. **09**

March, 2016

アジアの開発途上国における
医療の質の改善への取り組み



発行にあたって

近年、開発途上国においても医療の質の改善への関心が高まっている。また我が国の医療技術等の国際展開が活発になっており、これまで以上に医療機関や大学、そして企業も積極的に関わっている。日本は様々な強みをもっており、開発途上国の改善に役立つ知見も多い。しかし、資源の限られた開発途上国においては、様々な特有の課題があり、それらを考慮した解決方法が必要である。

本誌では、医療の質の改善における開発途上国での実際の技術支援や研修生の受け入れの経験を読者と共有する。こうした取り組みを行う、またはこれから行おうと考えている方々の参考になれば幸いである。

監修 国立国際医療研究センター
国際医療協力局

和田 耕治 村井 真介

本テクニカルレポートは、国際医療研究開発費・海外連携施設における共同研究実施可能性に関する研究（25指5）（分担研究者 仲佐保）の助成により作成されました。

はじめに

アジアの多くの国で、「医療の質」を高めようという取り組みに注目が集まっています。これまで、アジアの中で開発途上国と呼ばれた国では、ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs) の達成に向けて多くの取り組みがなされました。このテクニカル・レポートで主に取り上げているベトナム社会主義共和国は、近年は貧困が改善し、所得も上がり、経済も活性化しています。患者や市民の医療に対する期待も高まり、政治的にも医療の質を高めることが求められています。ラオス人民民主共和国やカンボジア王国もミレニアム開発目標で大きな成果をあげ、次のステージとして医療の質を高めるための基盤作りが進められています。

ベトナム社会主義共和国については、国立国際医療研究センター国際医療協力局の研修事業の成果や教訓、JICAの「ベトナム保健医療従事者の質の改善プロジェクト」及び「北西部省医療サービス強化プロジェクト」についての報告があります。国立国際医療研究センターでは30年以上に渡ってベトナム社会主義共和国に対して支援を行ってきました。そのなかで、我々が日本で試行錯誤してきた医療の質を高める取り組みの経験が、ベトナム社会主義共和国においても大いに役立っています。さらに、日本とベトナム社会主義共和国において共通の課題も多くなり、共に学びながら、時に悩みながら、取り組みを進める段階に達して来ています。

ラオス人民民主共和国については、JICAの「ラオス母子保健人材開発プロジェクト」で保健医療従事者の質向上への取り組みとして保健医療従事者の資格免許制度戦略への取り組みを紹介します。ラオス人民民主共和国は、少し遅れながらも確実に医療の質を高める取り組みを制度面から取り組んでいます。

カンボジア王国については、JICAの「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」で行われた助産ケアの質の向上への取り組みを紹介します。助産ケアは子供や女性にとって非常に重要なサービスで、長年の取り組みを軸に次のステップに進んでいることが目に見える成果として具現化されてきています。

近年、アジアからますます多くの医療従事者が学びに来てだけでなく、日本の医療従事者もアジアに学びに出かけるようになりました。本テクニカル・レポートでは、教科書や他の報告書などには書かれていない、しかし現地の医療を理解する上で大事なことが多く取り上げられています。本レポートを読むことで、より相手を深く知り、共に学び、そして明日について語らうことにつながれば幸いです。

国立国際医療研究センター
国際医療協力局長

宇都宮 啓

目次

アジアの開発途上国における医療の質の改善への取り組み

I. 開発途上国における医療の質の改善に向けた考え方・・・・・・・・・・・・・・・・	05
国立国際医療研究センター 国際医療協力局	和田 耕治
II. 医療の質・安全分野における国際協力のアプローチ	
- ベトナムにおける人材育成プログラムからの教訓・・・・・・・・・・・・・・・・	10
国立国際医療研究センター 国際医療協力局	村井 真介
III. ベトナムの看護の質改善のための取り組み	
- ベトナムの病院に勤務する看護管理者への効果的な研修の方向性・・・・・・・・	22
国立国際医療研究センター 国際医療協力局	五十嵐 恵
IV. ベトナムの医療サービスの質が現場で向上するために必要なものとは？	32
<前編>ベトナム保健医療従事者の質の改善プロジェクト重点項目を通してみえるもの	
<後編>ベトナムの近年の動向と現場の向上のための要因分析	
国立国際医療研究センター 国際医療協力局	伊藤 智朗
V. ベトナム医療の質改善や医療安全を支える組織体制・・・・・・・・・・・・・・・・	47
国立国際医療研究センター 国際医療協力局	土井 正彦 伊藤 智朗 稲岡 希実子
VI. 病院の質指標（Quality Indicator）の枠組みとベトナムにおける患者安全の現状	54
国立国際医療研究センター 国際医療協力局	稲岡 希実子
VII. ベトナムにおける Direction of Healthcare Activities（DOHA）の可能性	
- 将来を見据えた地域医療体制の確立に向けて・・・・・・・・・・・・・・・・	63
ベトナム国北西部省医療サービス強化プロジェクト	高島 恭子
VIII. カンボジアにおける「根拠に基づいた助産ケア」の導入を通じた	
助産ケアの質の改善の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・	71
国立国際医療研究センター 国際医療協力局	江上 由里子 福嶋 佳奈子
株式会社タック・インターナショナル	大石 博子
産婦人科医	松本 安代
IX. ラオスにおける保健医療専門職の質向上への取り組み	
- 人々の安全を守る、資格免許制度の確立に向けて・・・・・・・・・・・・・・・・	78
国立国際医療研究センター 国際医療協力局	園田 美和

I

開発途上国における医療の質の改善に向けた考え方

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

和田 耕治

「医療の質を高める」といっても、人によって様々なイメージがある。まず、「だれの」質かという点においては、医療機関なのか、地域なのか、国なのかによって取り上げるべき話題や対策は異なる。また、医療の「何の」質なのかというと、検査、診断、治療と様々であり、さらに基幹病院か地域の診療所かによって異なる。

医療の質について WHO（世界保健機構）は表 1 のように 6 つの次元をあげている¹。これらについては、日本国内においても、医療の質を高めるためにやらなければならないことはたくさんあるが、すでに達成できていることも多く、それぞれをどう伸ばしていくかについてはイメージもつきやすい。しかし、開発途上国の場合にはどこの次元においても不可欠である。技術支援などで関わる場合には、この 6 つのどの部分のどうした点に関わろうとしているのかを、明確にするだけでなく、また他の要素との関連も考慮しながら検討を行う必要がある。

開発途上国の医療の現場における課題は、日本とは大きく異なるため、その背景についても理解する必要がある。例えば、医療従事者の労働時間が長いというのは、比較的共通して見られる課題である。ある国では朝 7 時 30 分には仕事が始まり 16 時まで公的病院で勤務。その後、さらに公的病院の給与が少ないためアルバイトを 22 時頃までしているといった感じである。また土日は民間病院で当直を毎週行っているといったこともある。勉強する時間の確保も困難である。慢性的な人員不足で、医師にクラークなどの補助をしてくれる職員もいないため、あらゆる事務的なことも医師が行う必要がある。

エビデンスが重要だという前に、現地の言葉で書かれた基本的な教科書や資料などが圧倒的に少ないというのも共通して見られる課題である。わが国のように分野毎に様々な雑誌があるといった状況はない。英語の教科書があったとしても高価であったり、英語がそもそもそれほど得意ではない（日本同様に）といったこともあり、新しい知見などが医療従事者に浸透しにくい。

当然ながら、医療従事者と患者の知識や情報の差は極めて大きく、医療従事者の立場も強いことから患者さんを「診察してあげている」という意識が強いように見受けられることもある。

残業をやって現場を改善したり、勉強をしたりするようなことはあまり見受けられず、日本からみるとモチベーションやプロフェッショナリズムがやや希薄と思われることはよくある。さらには、国家試験がないため学部教育で最低限の教育が行われていなかったり、知識や技術の差もばらばらである。

本稿では、開発途上国において医療の質の改善を検討するための枠組みを紹介する。



和田 耕治

国立国際医療研究センター
国際医療協力局 医師

2013年より国立国際医療研究センター国際医療協力局に勤務。2014年には、JICA 長期専門家（ミャンマー保健省）HIV 専門家。2015年より国際医療協力局「医療機関の質改善重点事業」リーダー。日本医師会医学研究奨励賞（2015）、日本公衆衛生学会奨励賞（2013）日本産業衛生学会奨励賞（2012）。

表 1. 医療の質の次元（文献 1 より筆者翻訳）

有効性 (effective)	エビデンスに基づき、かつ個人および地域の必要性に応じた健康アウトカムが改善されるようにケアが提供される。
効率性 (efficient)	資源が最大限活用され、無駄が抑えられるようにケアが提供される。
アクセスの確保 (accessible)	医療の必要性に適切に対応した医療スキルや資源が存在し、適時に、地理的にも妥当な範囲内でケアが提供される。
患者中心 (acceptable/patient-centered)	サービスを利用する個人の好みや要望および地域の分化を考慮し、ケアが提供される。
公平性 (equitable)	個人の特徴によって（性別、人種、民族、生まれ、住まいの場所、社会経済的な状況など）、サービスの質に偏りがないようにケアが提供される。
安全性 (safe)	サービスの利用者に対して、リスクや障害が最小となるようにケアが提供される。

1. 医療の質を高める関係者

医療の質を高めるためには、政府、医療従事者、地域と患者の 3 つの関係者が連携して関わる必要がある。

政府は、医療の質を改善するために方針や法令を定め、人材育成の方針やその実施について取り決め、さらには予算の確保を行う。また、医療の質を高める体制作りを行い、必要な規制の整備や監査などを医療機関に対して行うことがあげられる。こうしたことはわが国でも行われているため我々にとってはイメージしやすい。わが国においても、これらは自然発生的に整ったわけではなく、様々な医療事故や課題が大きくとりあげられたからこそ整備されてきた。

開発途上国においても当然ながら方針や法令を定めるには、保健省内部や、国会での審議が必要であり、医療事故などのなかのタイミングにおいて優先度を上げる必要がある。ある国では、医療事故や医師のモラルハザードによる事件があったことがさらなる制度を検討するきっかけとなった。また、国会議員の総選挙があるからといったことで国民の票を得たいと意図する政府が、病院のインフラ整備に力をいれて急に進んだりする。

開発途上国における医師と看護師の地位や権限のギャップは、我が国以上に大きいことが多い。医師や看護師の質もばらばらであり、チーム医療という考え方や実践が浸透されるのは、ある程度の時間を要するであろう。また、政府からの方針や法令を、実践するのは医療従事者だが、予算不足に伴う人不足、実践できる人材がないといったことも考慮する。さらにキャリアアップのインセンティブがなかったり、モチベーションが低かったりといったことにも関わりを持つ必要がある。日本にきた開発途上国からの研修生などには、日本の看護師やコメディカルの活躍ぶりを学んでいただくことは有意義であろう。特に日本の強みとして、チーム医療としての委員会活動といった部署と職種を超えた取り組みを紹介するのも有効であろう。

開発途上国の医療従事者の多くは、尊敬はされているが、給料が安い。外科手術や内視鏡等の日本が得意とする分野を医師などに教育することは重要であるが、公的医療機関に残って国民に裨益していただけるような人選をしなければ、私立の医療機関などお金持ちを対象とするような医療機関に移ってしまうこともよくあるようだ。

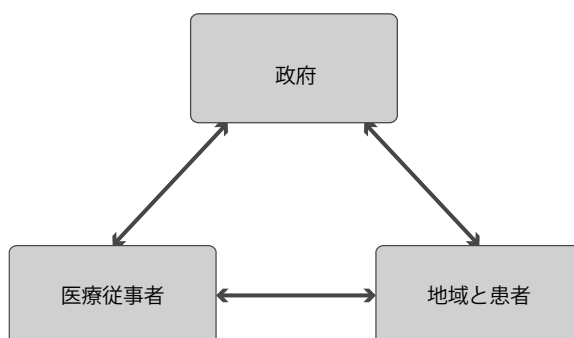
医療従事者には学会などの学術団体なども含むが、多くの途上国にはそうした団体はまだ少なく、ガイドラインなどが作成されることも少ない。そのため、学会や研究会の設立を支援して、ガイドラインや資料の作成ならびに、政府などに必要な提言が行えるような組織作りを推進することは意義深い。

地域や患者は、医療の質を高めるためにとても重要な関係者である。多くの開発途上国では、金持ちはタイやマレーシアなどに医療を受けている。一般の市民は、知識もないことから地元の医療従事者を信じる他にはない。インターネットが普及しても母国語での医療情報は少ない。そのため、地域や患者が医療の基本的なことを学べる場や情報にアクセスできるような支

援も長い目で見ると必要である。日本でも、患者やメディアによる医療従事者へのプレッシャーは時に過剰なことはあるが、医療の質を高めるためにある程度寄与したといえる。不当な訴訟が起こるようなことは避けなければならないが、訴訟リスクといったこともある程度は医療従事者や医療機関の認識や行動をより良い方向に向けるためにはある程度必要かもしれない。

この3つの関係者のどこにどのような技術支援をし、どのような連携があるか考慮する必要がある。

図 1. 医療の質の改善における関係者



2. 医療の質を高めるためのツールや考え方

医療の質を高めるためのツールや考え方には様々なものがある。良く用いられるキーワードとしては、Plan-Do-Check-Action (PDCA)、または、近年は Plan-Do-Study-Action (PDSA)、指標の見える化、産業界から学んだ 5S（整理、整頓、清掃、清潔、しつけ）、Total Quality Management (TQM)、さらには、医療安全ではインシデントやアクシデントの報告体制ならびにその原因に関する Root Cause Analysis (RCA) などがあげられる。それぞれについては、成書も多くでており詳細についてはここでは触れない^{2,3}。それぞれのツールがそのまま開発途上国で使える場合もあるが、現地の人のこれまでの文化や考え方に沿った形にかみ砕いていく必要がある。

WHO は、医療の質を高めるための介入について 6 つのコアとなる要素をあげている¹。(図 2)

最初にあげられており、中心にある要素は、リーダーシップである。個人や組織に変革を起こす原動力である。医師の間においても年齢や役職によって大きな隔たりがあるなかで、副院長でさえも、院長の了解なしには取り組むことに二の足を踏んでいる様子が見受けられるようなこともある。そうしたなかでも変革のための行動を起こし、組織内でのフォロワーとなる支援者を確保することが必要である。もちろん、どのように人や組織を取り込んで変えて行くのかについては国民性や、組織の文化も関係する。日本人として現場に関わるにあたって、なかなか入れないところもあるが、むしろ現地の医療従事者が言えないところを、強調するなどの役割も担うことで、変革のきっかけをつくり、リーダーを支援することも重要な役割である。

第 2 に、情報があげられている。例えば、診療におけるエビデンスの共有、患者との情報の共有が含まれる。コンセンサスを得た情報を作るのも難しいが、それを浸透させることも同様に難しい。医療従事者一人一人に広げるためには、ニュースレター、講演、インターネットなどの様々なチャネルにのせて粘り強く伝える必要がある。なによりも現地の言葉で分かりやすくするといったことが必要である。日本のテキストは絵も多く、わかりやすいため翻訳するなどして活用することも可能である。また、医療従事者や患者が必要な情報を自分で調べられるようにすることも重要である。

第 3 に、患者やその家族、地域の関わりである。一般市民の医療に関する知識を高めることは、予防の促進の観点からも重要である。またわが国でも取り組まれているように患者の視点が医療制度の改革にも関わるような素地を作ることも現段階から進めていく必要もある。また、多くの開発途上国では、院内のサービスが不足していることから、家族が入院患者のあらゆる

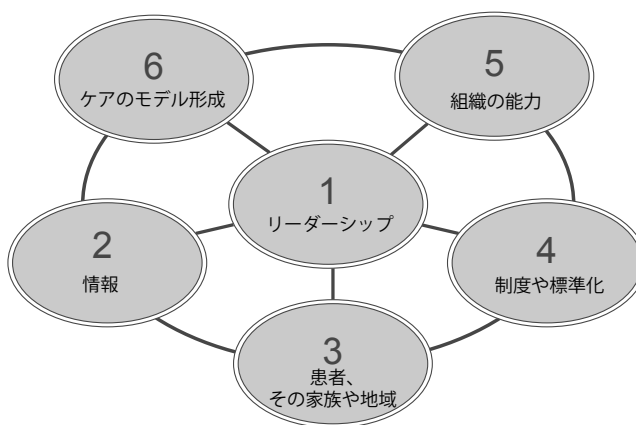
る世話をしなければならない。家族にとっては負担ではあるが、患者家族が患者の異常や変化を医療従事者に伝えられたり、必要なケアを行うことを教育することで不足している部分を補えることもできる。日本では家族のこうした関わりを医療体制の整備とともに減らして行くことにもなったが、開発途上国において、日本のようにするのか、それとも家族の関わりを残す形を目指すのかは今後の議論が必要であろう。

第4に、制度や標準化である。標準化では、ガイドラインの現地の言葉への翻訳し、現地の事情に合わせて書き直すことを支援したり、クリニカルパスなどの紹介などはとりかかりとしてできることである。

第5の組織の能力とは、様々なレベルの組織が想定されており、国、地域、病院がそれぞれの立場において方針を策定したり、実行したり、ニーズを把握したりすることが含まれる。それぞれの組織の能力強化をすることで全体の質をあげることを目指す。

第6の患者へのケアのモデル形成とは、医療提供の良好事例や慢性疾患や高齢者などの特定の集団に対するケアを考えることである。これは組織の能力だけでなく、ヘルスシステムとして全体のケアの提供体制が含まれるためより広い概念であり、医療の質(表1)のすべてを対象とすることになる。また、プライマリケアだけでなく、専門機関ならびに福祉との連携も必要になってくる。このためには様々な関係者の関与が必要になり、エビデンスの評価、ガイドライン作りなど必要である。政策立案者にとっては、いつこのアプローチをはじめ、どの集団からはじめるかを検討する必要があり開発途上国では大きなチャレンジとなる。

図2. 質を改善するための6つの要素



3. 急性期疾患の対応の質

開発途上国でのキーワードとして Universal Health Coverage がある。Universal Health Coverage は、「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」ことである。医療の質を高めることは、Universal Health Coverage の達成においても不可欠である。特に、優先度が高いケアとしては急性期疾患への対応があげられる。なぜなら、誰もが必要とする可能性があり、かつ費用が大きいかさみ、予想を超える額が急に本人や家族に必要となることも珍しくない⁴。

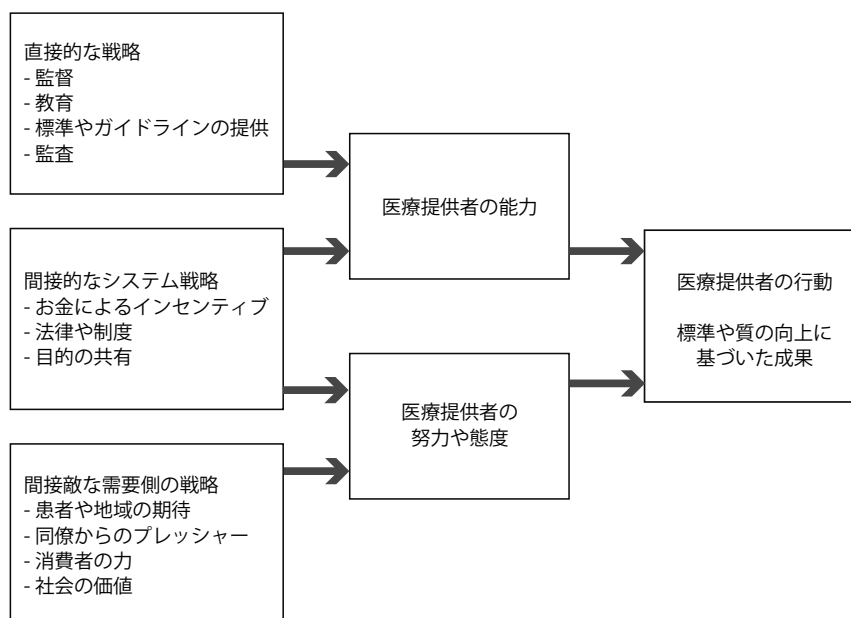
急性期医療の質の悪さとしては以下の2つにまとめられる。

- 1) 過剰診療：不必要な治療の提供、非効率な治療、必要以上に高価な治療（抗生剤の過剰処方や検査の過剰）
- 2) 過小治療：必要な治療の提供、誤診、病気の遷延化や合併症

また、急性期診療は、公的と私立の医療機関の混合、細分化された体制、患者情報の不足、そして政府の不十分な管理体制が重なっていると指摘している。

さらに、急性期医療の質において最も影響している要因は、医療提供者の能力や行動であり、それを改善するためには直接的な戦略として、監視やマネジメント、教育、標準化やガイドラインの作成、評価とフィードバックがあげられている。間接的な戦略として、支払いシステムといったインセンティブ、法律などがあげられる。そして、患者サイドとしては、知識を高めて、消費者としての力を蓄えることがあげられる。(図3)

図3. 医療提供者の行動に影響を与える要因



4. おわりに

医療の質を高めることはわが国だけでなく、多くの国において優先されるべき政治的な課題となっている。様々なアプローチが可能であるが、支援として行う場合には質のどの部分について、どのように関わろうとしているのか、他の要因とのバランスはどうかといったことを考慮しながら行う必要がある。日本での強みを生かすことも重要であるが、日本の姿を目指すのではなく、各国の状況をみながら先方のニーズをつかみつつ、フォーカスしながら活動を行うこととなる。

【参考文献】

1. World Health Organization. Quality of Care. 2006
http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
2. 山内豊昭, 荒井有美. 医療安全 - 多職種でつくる患者安全をめざして. 南江堂, 2015
3. 飯田修平, 永井庸次. 医療のTQM 七つ道具. 日本規格協会, 2012
4. Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Policy Brief Quality of Care. 2015
http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/resources/policy_briefs/quality_of_care.pdf?ua=1

医療の質・安全分野における国際協力のアプローチ - ベトナムにおける人材育成プログラムからの教訓と今後の展開

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

村井 真介

日本を含む先進国では、医療技術の進歩によって医療現場がより複雑になり、医療現場と進歩した医療技術との不調和が、医療事故のリスクを高めてきたと言われている。中所得国や新興国は、これまで自国になかった医療技術を積極的に取り入れている。その速度は人類がこれまでに経験したことのないほど急激である。このような状況下で、中所得国や新興国でも医療現場が複雑化し、本来医療技術の恩恵を受けるべき人々が医療事故に遭遇するリスクが高まっていることは想像に難くない。医療の質・安全はグローバルな課題である。

医療の質・安全の発展の歴史の中で、改善や総合的質管理（TQM）の理念や方法論は次第に浸透し、世界の医療界へ広がったと言われる。特に複数の価値観が錯綜する医療の質・安全分野の国際協力では、改善や総合的質管理（TQM）からもたらされる質の概念を応用することで、相手国地域の価値観に基づいて、その地域の現在の医療の質を判断する基準を見出せる。このアプローチから生み出される実証的参加型の質改善活動は、既存の医療システムと文脈の上で連続性を保ち、地域が取り組みやすいものとなる。

国立国際医療研究センターでは、上記の質の概念を応用して、ベトナムの医師が自らの組織（病院と保健省）における医療の質・安全の取り組みを検討する本邦研修を実施した。研修員自らの組織における医療の質・安全の取り組みを検討する際の材料として、（1）日本の医療の質・安全の文化と技法と（2）それらの日本の病院での応用例を紹介した。また、研修員はアクションプランを作成し、現地で修正を加えた後、「ベトナム医療の質・安全フォーラム 2016」でアクションプランを共有した。ベトナムでは、今後も医療システムを質と安全の観点から改革するクリティカル・マス^(*)の育成が望まれている。

日本が進める医療輸出の文脈で、輸出した医療技術の機能を最大限に発揮させるには、日本の医療現場で培われてきた医療の質・安全確保のノウハウを一緒に輸出する必要がある。一見すると医療輸出は「卓越した医療の質」の実現を目指しているかに映る。しかし、急速な医療技術の発展を経験する中所得国や新興国で急務となるのは、「卓越した医療」を実現しつつも「確実な医療」を実現することである。確実なもの・サービスを提供できる日本は諸外国の人々から驚異の眼で見られている。それは医療現場も同じである。医療の質・安全を確保する技術を医療技術と一緒に輸出し、医療の質・安全の文化と技法の現地化も図る。日本にはそのような国際協力が求められている。

村井 真介

国立国際医療研究センター
国際医療協力局 医学博士

専門分野: 国際保健、質と保健システム、医療の質・安全、品質管理、口腔保健。2013年～現在に至る: 国立国際医療研究センター国際医療協力局。2015年より医療の質・安全の本邦研修にて研修ディレクターを務める。2008年～2013年: 東北大学大学院医学系研究科 国際保健学分野 助教。

(*1) 本来は、ある商品やサービスが、爆発的に普及するために最小限必要とされる臨界普及量や普及率のことを指す。ここでは、対象国の医療の質・安全を確保するために医療システムを改革し、改善する大きな力を生み出す人々の集団を指し、その臨界数を指す。

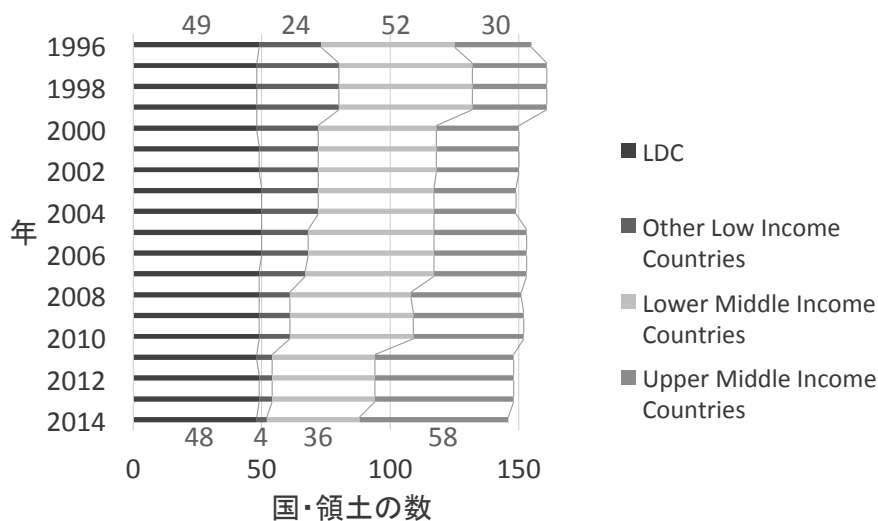
背景

日本を含む先進国では、医療技術の進歩によって医療現場がより複雑になり、医療現場と進歩した医療技術との不調和が、医療事故のリスクを高めてきたと言われている¹。

昨今、経済が発展し、中所得国の数が増加している（図1）。中所得国が抱える健康問題はこれまでの母子保健と感染症のみならず生活習慣病をはじめ主に先進国で扱われてきた課題も指摘されている。とりわけ中所得国と新興国は、自国の医療サービスを改善するために、これまで自国になかった医療技術を積極的に取り入れている。その速度はめざましく、人類がこれまでに経験したことのないほど急激である。このような状況で、中所得国や新興国においても医療現場がより複雑化し、本来医療技術の恩恵を受けるべき人々が医療事故に遭遇するリスクが高まっていることは想像に難くない。

また、世界各国が目標とするユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）の達成には、保健医療サービスの人口カバレッジを向上させるための医療費の確保が優先課題とされているが、保健医療サービスの地域展開に際しては、保健医療サービスの質と安全が確保されていることが前提条件となる。医療の質・安全はグローバルな課題である。

図1. 中所得国の数の推移



1999年以降、「その他の低所得国」の数が減少している。それに伴い「中所得国」の総数が増加している。ベトナム国は2011年から中所得国へ移行した。1996年から2002年まではGNPによるカテゴリー分け、2003年から2014年まではGNIによるカテゴリー分けである。

出典：DAC List of ODA Recipients 1996-2014 を筆者が集計

www.oecd.org/dac/stats/historyofdaclistofaidrecipientcountries.htm (access Jan. 4, 2016)

このような世界各国が医療の質・安全の確保に取り組む潮流がある中で、各国・地域が達成すべき「医療の質とは何か」についての議論はあまり発展していないように思われる。医療の質・安全については、世界保健機関（WHO）をはじめ何が課題で何をすべきかの総論の議論はなされている²⁴。一方でそれらを各国・地域が現地化し実践化するに際しては、あたかも世界全体が共通して目指す医療の望ましい姿があるかのような錯覚にとらわれているように見える。特に国際保健協力の現場では医療の質に対する価値観が異なる様々な国の人々が協働するため、相手国の医療の質を理解する際に錯覚にとらわれる傾向は顕著であるように思われる。

そこで本稿では、まず（１）質の概念を導入することで、各国・地域の医療の質を考える際にどのような議論が可能になるのかを説明する。その上で（２）質の概念を応用すると医療の質・安全分野でどのような国際保健協力が可能なのか、平成27年度に実施された国立国際医療研究センターの「ベトナム研修プログラム」を事例として紹介しそのアプローチの特徴を考察する。そして最後に、（３）昨今の医療輸出の潮流の中で日本が持てる医療の質・安全の文化と技法が、世界の医療の質・安全の課題に対してどのように貢献しうる潜在能力を秘めているかを考察する。

質の概念

1. 医療の質・安全の取り組みに取り入れられた日本的品質管理

医療の質を保証し改善する取り組みは米国の E. A. コッドマン（Ernest Amory Codman）が提唱した End Result System^{（*2）}と病院標準化に始まったと言われる⁵。またそれまでストラクチャーへの投資が医療の質を改善すると考えられていたのをアベディス・ドナベディアン（Avedis Donabedian）はアウトカムを達成するにはストラクチャーのみならずプロセスを改善しなければならないと指摘した⁶。そして、JCAHO（現在の Joint Commission）^{（*3）}は病院認定評価、患者満足度評価、臨床指標等の導入を進めてきた。これらの取り組みはいずれも医療界に端を発する取り組みである。その後、医療の質を保証し改善するための取り組みは、日本的品質管理に学ぶ継続的質改善（CQI：Continuous Quality Improvement）や総合的質管理（TQM：Total Quality Management）へと進化してきたと言われる⁷。現在は複雑系適応型の医療システムに対してレジリエンス・サイエンス等の応用も検討されている。

日本的品質管理は、戦後1950年に米国のエドワード・デミング博士（W. E. Deming）によって日本へ伝えられたプロセス管理と品質の考え方を祖とする。デミング博士は、品質管理は「組織の“皆”で実践することが重要である」と説いた。当時の日本人技術者は、純粋に組織の皆で品質管理を実践したが、米国人のデミング博士にとって“皆”とは組織のマネージャーだけを意味していたと言われる。日本人技術者の誤解から日本の組織は組織の皆で品質管理を実践する風潮が生まれた。そのような風潮が「QCサークル」といった日本独自の参加型質改善の取り組みを生み出していくこととなる。

その後、米国の医療の質・安全では、1989年にドナルド・バーウィック（Donald M. Berwick）らが実施した「質改善に関する全米実証プロジェクト（NDP：National Demonstration Project）」によって、日本的品質管理は米国医療の文脈で読み解かれることとなる。この実証プロジェクト（NDP）を通じて、産業界の品質管理（改善）の考え方や手法が医療の分野においてもプロセスの質を改善するために用いることが実証された⁸。米国ではNDPを契機に医療の質に対する考え方が大きな転換を遂げ、改善や総合的質管理（TQM：Total Quality Management）の理念や方法論が医療界に次第に浸透し、やがて世界の医療界へと広がったと言われる⁹。1980年代は、米国でも日本の製造業、特に自動車産業が勢いを増していた時期であり、日本の生産方式が米国で研究された時期である。その後、日本では、2000年に東京大学の飯塚悦功と東北大学の上原鳴夫らによって、「医療のTQM実証プロジェクト（NDP）」が開始された。日本のNDPは、トップのリーダーシップのもとで部門や職種を越えて質の確保と改善をめざす全病院的な取り組み（総合的質管理＝TQM）のモデルを目に見える形で示すことを目的とした⁹。現在日本の医療現場でも広く活用されている5S（整理、整頓、清掃、清潔、しつけ）、KYT（危険予知トレーニング）、指さし呼称、ダブルチェック等の手法は元々産業界の手法であり、日本の医療への応用はこのときに実証された。5Sは2007年から国際協力機構（JICA）においても「5S-KAIZEN-TQM」の枠組みで広く世界中に紹介されることになった。そしてKYT（危険予知トレーニング）はこれまでは問題を後ろ向きに分析し改善する手法が多かった品質管理に、未来を予知する前向きの能力を職員に育

（*2） コッドマンは End Result System で外科手術患者の退院後の予後の追跡を行った。

（*3） JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) は 2007 年以降 Joint Commission と呼ばれている。

成する手法として注目を浴びている。さらに危険を余地するだけでなく、うまくいっている仕事のやり方について考える機会も含める手法へと改良すれば、レジリエンス・サイエンスの応用例ともなりうる。

2. 質の概念と医療の質の概念

世界でみれば医療界に浸透している品質管理において、質とは「本来備わっている特性の集まりが、要求事項を満たす程度」と定義されている¹⁰。東北大学名誉教授の上原鳴夫は「質とはあるもの・サービスの要素が目的や期待する成果を達成することを保証するものであり、質は目的を達成する程度によって測定される」と説いた（上原鳴夫 1993）。つまり、「質を考えることはそのもの・サービスの目的を考えること」でもある（上原鳴夫 1993）。

本来の質の概念は、対象とするもの・サービスによってどのような「望ましい状態」が意図され、期待され、目的とされているかは規定していない。しかし、この「望ましい状態」を規定しなければ、質を知ることはできない。

医療の分野では、「望ましい状態」の一部が医学であるとの暗黙の了解がある。米国医学研究所(IOM: Institute of Medicine)は、医療の質を「保健サービスによって個人と集団に望ましい健康アウトカムが得られる可能性を向上させる度合いであり、保健サービスは現在の専門知識に合致したものである^{(*)11}」と定義している。この定義は、医療の「望ましい姿」、つまり目的を定義し、その達成度合いが質である、としている点で品質管理が定義する質の概念に、医療の目的を付与したものと理解できる。

3. 国・地域によって異なりうる医療の価値観と医療の質

医学によって期待される「望ましい状態」がある一方で、医療では、全ての国・地域が現代の最先端の医学を実践できる訳ではない。医学に期待される「望ましい状態」は全世界で共通かもしれないが、その実践である医療に期待される「望ましい状態」はその国・地域の実情や用いるリソースによって異なってくる。当然、この背景には医療に対する価値観が国・地域によって異なることも含まれる。つまり、「医療の質」といったときにその良し悪しを判断する基準すらも国・地域によって異なる場合がある。

医療の質について、国際協力を実践する我々は大きく二つの錯覚に陥ることがある。第一の錯覚は、医学に期待される成果と医療に期待される成果とを同一視することである。例えば、ファジャーラらはインドネシアのジャカルタ州の事例で、可避死の概念が医学のみならず地域の文脈で規定されることを実証的に示した¹²。そして第二の錯覚は、日本の医療の「望ましい状態」を他国の医療に期待することである。例えば、最新の手術手技を他国に導入したとしても、その予後をサポートする環境がその国で整っていないければ、コッドマンのように予後調べてみれば患者アウトカムが改善していない事実を目の当たりにすると思われる。

これらの錯覚に共通するのは、医学および医療は、労働手段の水準や認識の水準とはかかわりなく、目標が常に最高の段階であるという性格があること、そのために初めから目標の達成が不可能な、「ないものねだり」の側面を内包していることである¹³。この錯覚から抜け出すために、医療の質・安全に品質管理を応用できる。品質管理では、普段の医療の質（現状）をまず認識し、それを維持あるいは改善することになる。目標の最高の段階（最高に望ましい状態）は存在していても、それを一足飛びに達成しようとするのではなく、それよりも低い目標（望ましい状態）を段階的に達成し、維持して、徐々に最高の段階へ近づけていくのである。このとき、医療の質の議論に欠けやすい視点は、「相手国・地域が考える医療の望ましい状態」で

(*4) The degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge⁸

あり、相手国・地域の価値観に裏付けられた医療の質の基準である。同じ“医療の質”という言葉を使い、同じ現状を見ながら議論していても、質を判断する基準が異なっていれば、その評価にずれが生じる。例えば、日本の病院では待合室で30分間待たされると不平をあらわにする患者がいる。しかしベトナムでは60分間待っていても平然としている患者を目にする。この違いは両国の患者にとって病院サービスの質を判断する基準が異なるからである。その国・地域の医療の質の判断基準を把握しないことで、国際協力を担う我々は、医療の質の価値観とそれに基づく医療システムの意図のレベルで生じた食い違いを引きずりながら医療の質を評価してしまう危険性がある。例えば、施設ベースでクライアントデータを集める地域保健情報システムに、評価員が地域の疫学データを期待し、疫学データが集まらないことを指摘するのは既存のシステム本来の意図に沿った質の評価ではない。地域保健情報システムは地域の疫学データを集めるようには設計されておらず、疫学データを集めるようには設計されていないのだから、疫学データが集められるはずがない。例え疫学データが集められたとしても、それはシステムの意図の産物ではないので偶然とも言える。

質を判断するための基準にはその国・地域の価値観が反映される。その価値観を反映して望ましい病院のモデルとそのモデルへの適合を評価するために病院の（質）評価項目が作られる。例えば、Joint Commission Internationalが進める病院認定評価は、Joint Commission Internationalが望ましいとする病院モデルとそのモデルへの適合を評価する評価項目から構成される。しかし地域の価値観を考慮すると、西洋の望ましい病院のモデルは、東洋にとっても望ましい病院のモデルなのか、仏教徒にとって望ましい病院が、イスラム教徒にとっても望ましい病院なのかという疑問が生じる。医療の質を判断する基準のうち、共通項となる医学を除けば、その国・地域の価値観を反映した基準があり、それらは西洋の病院モデルと東洋の病院モデル、そして仏教徒のための病院モデルとイスラム教徒のための病院モデルでは異なるはずである。つまり、ある国・地域へ他の国・地域の病院の質モデルと評価項目を導入することはその国・地域が有する医療の価値観と齟齬を引き起こす恐れがある。

4. 既存のシステムと連続性を保った継続的質改善活動のすすめ

質の概念を用いることで、我々はその国・地域の医療に対する価値観に基づいて作成された、その国・地域の医療の質の基準が存在する可能性に目を向けることができる。そのような現地の医療の質の基準が存在すれば、その基準を用いて現在の医療システムの医療の質を評価できる。医療の質が、その国・地域の現在目指す基準に満たなければ、まずはその基準を満たすべく医療システムを改善する必要がある。現在の国・地域の基準に満たない理由が、現存する医療の質の基準自体の実行可能性の低さにあるのか、基準を運用に移す段階に改善の余地があるのかは、続く分析の視点である。基準自体の実行可能性の低さには、基準自体の実行可能性を高める改善が必要であるし、運用が基準に満たないのであれば、トレーニングや環境整備などの対策がとれる。重要なのは、例え日本の我々からみて医療の質が低い状態でもその質が維持管理されている状態の方が、卓越した医療の質と低い医療の質とが共存し、医療の質のばらつきが大きい状態よりも、医療の質の現状からの改善が行いやすいということである。村井らは、フィリピンの地域保健情報システムのデータの適時性を例に、システムの要求が3倍に増しても、ばらつきが制御されている状態にあるシステムから新しいシステムへ移行した場合には報告遅れ（日数）のばらつきはほとんど変化しないことを示した¹⁴。

医療の質を改善するアプローチには、（1）イノベーションによる改善と（2）継続的質改善による改善とがある。最新の医療機器やICTといったイノベーションは全く新しい価値観に基づいてあらたな基準で医療の質の目標を達成できる可能性がある。しかし残念ながらイノベーションを導入する幸運には、全ての国・地域があずかれる訳ではない。例えイノベーションが導入できなくても質を改善する努力は続けられる。それが継続的質改善によるアプローチである。

医療の質を判断する基準を決める主体はその地域にある。医療システムがその国・地域の外から与えられた場合は、その国・地域の人々が医療システムを改善するには、まずその国・地域の人々がその医療システムを理解することから始めなくてはならない。これには時間を要するが、一方で外部環境はめまぐるしく変わる。導入時には新しかったシステムも外部環境の変化で現状に適さなくなる。外部環境に合わせて体制を改善できるようにするには、その地域で馴染みのあるやり方の延長線上に

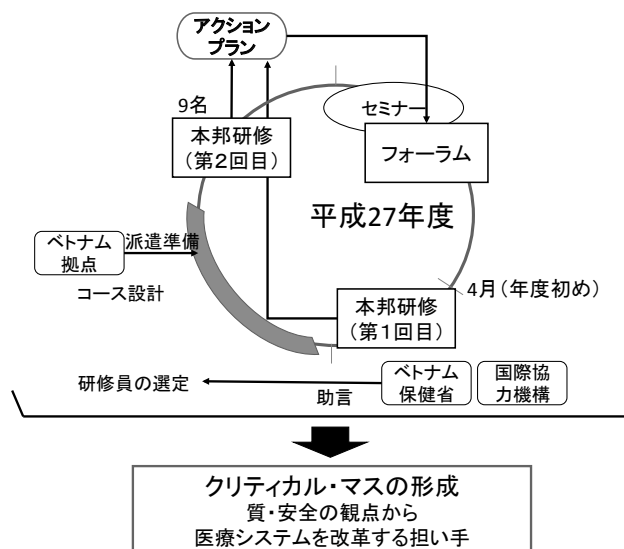
質改善活動を進めていくアプローチがよいと考える。

ベトナム「医療の質・安全」研修プログラム

1. 背景と目的

医療の質の基準が地域や病院で異なるのであれば、医療の質を確保する取り組みも、地域や病院で異なるはずである。国立国際医療研究センターは、平成 27 年度にベトナム「医療の質・安全」研修プログラムを実施した。同プログラムでは、(1) 医療の質・安全に関する 2 回の本邦研修と (2) ベトナム医療の質・安全フォーラム 2016 (発表会と病院見学)、そして (3) 医療の質・安全共同セミナーの 3 つの活動を行った。これらの活動をひとつのサイクルとして、ベトナム国において医療の質・安全の観点からの医療改革を担うクリティカル・マスの形成に協力している (図 2)。

図 2. ベトナム「医療の質・安全」研修プログラム



平成 27 年度に (1) 2 回の本邦研修、(2) ベトナム医療の質・安全フォーラム 2016、(3) 医療の質・安全共同セミナーを開催した。本邦研修のアウトプットであるアクションプランの進捗がフォーラムで発表される構成になっている。

このプログラムを立ち上げた背景には、ベトナムで 2013 年を契機に医療の質・安全の取り組みが本格化したこと、それまで同国で病院の質と医療安全に関して進められてきた国際協力機構 (JICA) の「ベトナム保健医療従事者の質の改善プロジェクト (2010-2015)」が 2015 年に終了した経緯がある。ベトナムでは、2013 年に省令^(*5)で、病院医療のクオリティ・マネジメント課^(*6)の設置が推奨された。この後、病院評価指標の発刊に伴い、2014 年にこれらの設置は大きく進み、2015 年 2 月時点では 53%^(*7)の中央・省病院で何らかの質・安全管理を担う部署が設置されている現状である。そして 2015 年 9 月には、

(*5) Ministry of Health, Vietnam. Circular No. 19, 2013/TT-BYT. Hanoi, 2013 July 12.

(*6) 正式に設置された課ではない場合にはユニットあるいはチームと呼ばれている。

(*7) 分母は 2015 年 10 月現在で 70 施設前後。

保健省が全ての省病院にクオリティ・マネジメント課を設置するよう通達を出した^(*)8)。しかしながら、病院にクオリティ・マネジメント課はあっても、その構成員の経験は3年未満と浅く、多くのスタッフはどのような取り組みから始めたらよいか手探りの現状である。

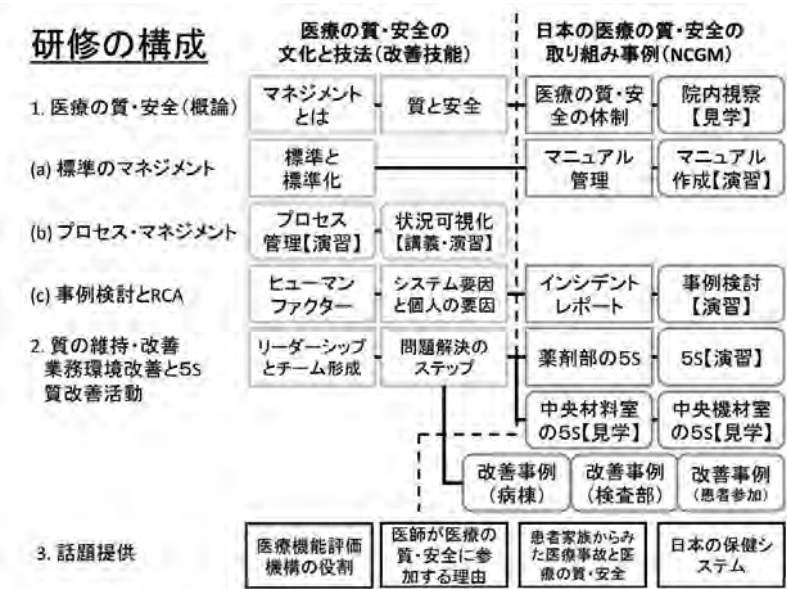
2. 活動内容

活動1：「医療の質・安全」本邦研修（年2回）

本プログラムでは、本邦研修を実施した。本邦研修の目的は、(1) 医療の質・安全の文化と技法を学び、(2) 日本の病院の取り組み事例から医療の質・安全の文化と技法の適用例を知ることであった。特徴的なのは、これらの知見を参考として(3) 研修員が自身の所属する組織（病院と保健省）における医療の質・安全の取り組みを検討し、アクションプランの形で整理することを目標に据えたことである。

本邦研修のプログラムは、研修目的と同じく、(1) 医療の質・安全の文化と技法と(2) 日本の病院の取り組み事例の二種類の内容で構成した。また、図3の縦軸に示すマネジメント技術の各要素項目は、理論と実践の両方を同日に学べるよう研修プログラムを配置した。これら二種類の内容以外にベトナムで議論になると考えられた研修内容は、話題提供のセッションを設けた。平成27年5月研修では、「厚生労働省における医療安全の取り組み」、「日本医師会の医療安全の取り組み」、「医師が医療安全に参加する理由」を、平成27年11月研修では、「医療機能評価機構の役割」、「医師が医療安全に参加する理由」、「患者家族からみた医療事故と医療の質・安全の取り組み」のセッションを設け、これらについて議論した。

図3. 本邦研修「医療の質・安全」プログラム概要（平成27年11月研修の例）



研修内容は(1) 医療の質・安全の文化と技法と(2) 日本の病院における医療の質・安全の文化と技法の適用例の二種類で構成した。マネジメント技術の各要素項目は、(1) 理論と(2) 実践を同日に学べるように配置した。ベトナムで話題となるトピックは話題提供としてプログラムに配置した。

(*)8) 日本の医療の質・安全の取り組みは、2002年から本格化した。1999年に米国医学研究所(IOM)が発行した「人は誰でも間違える」によって、「防止可能な医療傷害(エラーによるもの)を原因として44000人から98000人の患者さんが死亡している」ことが明らかになった。これは、米国の年間の交通事故死よりも大きい数字であった。日本では、本報告と4つの歴史的な医療事故とがちょうど定期的に重なり、医療の質・安全が社会問題として捉えられるようになった。その後、厚生労働省では、2006年に医療安全管理体制の整備を義務づけた。

平成27年度の本邦研修修了者は、計14名であった。その内訳は、ベトナム国保健省医療サービス局の担当官2名とクオリティ・マネジメント課の課長／副課長（医師）が4つの中央病院から5名、6つの省病院から6名参加した。帰国後に、修了生は研修で立案したアクションプラン（優先課題）に取り組んでいる。

3. 研修員による本邦研修の評価

研修修了後のアンケート調査（4段階評価）によると、修了生の持った印象は大きく三つに要約できる。（1）研修目標をより達成するために、自身の病院における取り組みをもう少し時間をかけて考えたい、（2）研修プログラムの質には満足した、（3）日本の社会的・文化的背景は概ね理解した。

具体的には、修了生全員が「研修内容は業務へ応用できる」と回答した。その上で、「研修目標の達成度」は平均が3.4点であった。自身の病院での取り組みを考えると、もう少し時間をかけたかった印象があった。研修デザインは、「プログラムデザインの満足度」が平均3.9点、「講義の質の高さと理解しやすさ」が平均3.9点、「テキストと研修教材への満足度」が平均3.9点といずれもほぼ満点であった。次いで、「目標達成のためのファシリテーション」は平均3.8点で、ほぼ満点であった。一方で、「日本の社会的・文化的背景の理解」は平均3.0点と概ね理解したにとどまった。改善点には、「時間の制約」、「資料の翻訳に不適切な部分が見られた」、「文字化け」と「著作権の都合で講義スライドをすべて配れなかったこと」が挙げられた。研修プログラムで最も有益だった研修項目としては、「質管理から医療安全、医療事故対策まですべての項目が有益であった」、「高レベルの人材管理および研修」、「患者の安全のためのマニュアル整備」、「医療の質・安全」、「質の管理に関する知識」、「PDCAサイクル」、「5S」、「標準化」、「医療安全におけるヒューマンファクター」、「NCGMにおける医療安全の取り組み」、「病棟での取り組み」が挙げられた。今後追加すべき研修項目としては、「病院の質の評価指標について」、「ICUと救急科における安全管理」、「標準手順の作り方」が挙げられた。

活動2：ベトナム医療の質・安全フォーラム2016

本邦研修から3ヶ月の期間をあけて、「ベトナム医療の質・安全フォーラム」開催した。開催期間は2016年1月19日から21日、会場はバクマイ病院であった。同フォーラムでは、（1）修了生にアクションプランの進捗状況を発表する機会と（2）修了生を取り巻く医療の質・安全に関心を持つ人々がオブザーバーとして同テーマに触れる機会を提供した。また、イベントとしてニンビン省病院にて（3）修了生とオブザーバーが、ベトナム国内の他の病院を訪れ、医療の質・安全にかかるグッド・プラクティスを見学する機会を設けた。フォーラムには、修了生14名のうち11名が発表者として参加した^(*9)。発表会への参加者は67名、病院見学ツアーへの参加者は42名であった。また、発表者の所属する病院等のスタッフからなるオブザーバーとしては、ベトナム保健省医療サービス局の副局長、セントポール病院やハノイ肺疾患病院の院長を含む医療の質・安全関係者が参加した^(*10)。ベトナムの1月は日本の12月に相当する忙しい時期だったにもかかわらず、多くの関心の人々が参加し活発な議論をすることができた。ベトナムにおける医療の質・安全のテーマへの関心の高さがうかがえた。

フォーラムで進捗状況が発表された質改善テーマは表1に示す通りである。日本人専門家からは、「日本のクオリティ・マネジメントが大事にする8つの価値観」と「5S－お客様は誰？」と題して、いずれもベトナムで医療の質・安全の取り組みを実施するのに欠かせない、日本とベトナムの文化や価値観の違いにも踏み込んだ内容を提供し議論した。

フォーラム終了時のアンケート調査では、回答者全員が、次年度に発表会と病院見学ツアーが開催されたら参加すると回答した。また、同僚や他の関係する人々にも勧めたいと回答した。

(*9) 発表者には、プロジェクトからベトナム国内の航空運賃とフォーラム開催期間の宿泊を支援した。

(*10) オブザーバーへのプロジェクトからの支援はレターの発送のみであった。オブザーバーは自身の所属する組織の支援でフォーラムに参加した。

表 1. ベトナム医療の質・安全フォーラムで発表されたアクションプラン

• Challenge in Organizational Change from Punishment Culture to Learning Culture to Improve Patient Safety
• Developing Standard and Implementation of Medical Incident Management System at Bach Mai Hospital
• Implementation of Incident Reporting System in Ha Nam hospital
• Timeliness in Emergency Department: Improving compliance to standard time from 55% to 75% by June 2016
• Reduce prescription errors in OPD
• Implementation of 5S in Ninh Binh General Hospital
• Implementation of 5S in Hematology, biochemistry and bacteriology department in 5 to 6 months
• Implementation of 5S starting from 5 pilot departments (by July 30, 2016) and if it was successful then expand 5S to all departments
• Reduce rate of pneumonia with ventilator (-5%) and reduce rate of bedsores in ICU (-10%) in 3 months
• AMS, preoperative prophylaxis increasing of appropriate antibiotic usage from 65 % to 75 % in one PDCA cycle
• Update of National Hospital Quality Criterion and Action Plan to Improve Hospital Quality

活動 3：医療の質・安全共同セミナー 2016

医療の質・安全共同セミナー 2016 をバクマイ病院（2016 年 1 月 13 日）とチョーライ病院（2016 年 1 月 14 日）の 2 か所で開催し、いずれも約 100 名の同病院関係者が参加した。同セミナーでは、日本とベトナムの医療の質・安全の取り組みを共有し、意見交換を行った。（1）ベトナム側にとっては、医療の質・安全の取り組みの重要性を病院職員に周知する機会となった。そして（2）日本側にとっては日本の医療の質・安全の専門家がベトナム国の現状をより理解し協力のあり方を考える機会となった。

4. ベトナム「医療の質・安全」研修プログラムの 4 つの特徴

一つ目の特徴は、日本の持てる医療の質・安全の文化と技法、それらの応用例はベトナム人研修員にとって参考に過ぎないことである。医療の質を判断する基準とその基準を満たすための取り組みを考える主体はベトナム人研修員であり、本邦研修は取り組みを考えるために役立つと考える知見を提供する機会であった。これらの知見を活用して、ベトナム人研修員は、自身の所属する組織（病院と保健省）でどのように医療の質・安全に取り組むかをアクションプランの形で整理し議論した。日本の医療の質・安全の文化と技法は、研修員が自身の病院の状況を整理し、実情に合わせたアプローチを考える「ものの見方」を提供している（図 3）。

第二の特徴は、研修員の選抜方法にある。研修員は（1）推薦、（2）面接、（3）選抜の 3 段階を踏んで選出した。（1）推薦は、病院評価の調査でベトナム中の病院を訪れるベトナム保健省の担当官と国際協力機構（JICA）の専門家をお願いした。医療の質・安全に取り組むモチベーションが高いと周囲から認識され、病院長または副院長の推薦があり、推薦者が会ってやる気が高いと感じた者が候補者となった。この候補者に対して、（2）国立国際医療研究センターの医療の質・安全プログラムの技術者が、実際に候補者の所属する病院を訪れて候補者に面接した。自身の病院の医療の質・安全に対する問題意識と研修で学びたいと

考えていることを尋ね、その人となりと病院の様子を観察した。病院見学から各病院の現状と我々が提供する研修内容とのずれを収集し、研修内容を研修員に合わせて編集した。(3) これらの面接結果を、ベトナムの病院立地の地理的な要素と保健省の今後の政策動向を考慮しながら総合的に判断して研修員を選抜した。

第三の特徴は、研修アウトプットであるアクションプランを研修員が帰国後に実行しやすい仕掛けを設けたことにある。具体的には(1) ベトナムにおいてアクションプランの発表機会をフォーラムとして設けた。フォーラムの発表者は本邦研修修了生だが、研修修了生の職場に医療の質・安全に興味があり学びを深めたい者がいればオブザーバーとして参加できるようにした。(2) アクションプランは組織に小さな変化を起こすためのプランとした。その選定に際して、まず研修員には自分が帰国後に実施すると考える活動を思いつくかぎり挙げてもらった。次に、それらの中でも優先する課題をひとつだけに絞り、その優先課題に対してアクションプランを作成してもらう手順をとった。本邦研修とフォーラムという発表機会を連続させて、日々の改善活動を推進するプログラムの構成は、2003年から2006年に実施された国際協力機構(JICA)委託による「中米8カ国を対象とする地域保健医療システム管理指導者養成コース」にて、国立国際医療センター(IMCJ)^(*)11)との協力のもとに上原鳴夫名誉教授がパナマとコスタリカで開催した中米セミナーに着想を得た。また、本邦研修の修了生が集まりワークショップ形式の会合を定期的に開催する進め方は、国立国際医療研究センターと国際協力機構(JICA)が進めるアフリカ仏語圏の「東京ビジョン2010ネットワーク(RVT2010)」の事例も参考にしている。参考事例はいずれも複数の国を含む地域(Region)で行われる比較的広域の取り組みである。一方、本プログラムでは1カ国で変化の担い手となるクリティカル・マスの形成を目標にしている点が異なる。

本邦研修の修了生は、帰国後、組織の実情を踏まえながら、本邦研修で得た学びを活かす機会を模索する。この過程で孤独を感じることもあるが、フォーラムは(1) 個々の経験を共有し、(2) 研修員同士が周囲を巻き込みながら相互にコミュニケーションを図ることを意図していた。このようなネットワークがクリティカル・マスとして、医療の質・安全の取り組みを推進し、継続させる力になると考える。

第四の特徴は、研修プログラムの作成には、国立国際医療研究センターで新たに設置した質改善プロジェクトチームが当たるようにした。継続的に研修プログラムの開発にかかわる人材を確保することで、研修が実施されるたびにその維持すべき点と改善すべき点を話し合い研修内容に反映した。また同チームは同じ担当者が継続して国立国際医療研究センター病院の各部署とも関わりをもち、連携を構築しており、本邦研修のように理論の研修と実践の研修を同日に提供するオペレーションをも可能としている。

5. 今後の課題

本事業は医療の質・安全分野でリーダーとなる人々、すなわち病院のクオリティ・マネジメント課の課長/副課長(医師)を対象とした。ベトナム国では、引き続き医療の質・安全に取り組むクリティカル・マスの形成が求められている。そのため本プログラムでは、あえてひとつの病院に集中するのではなく、研修に参加する省病院・中央病院の数を増やしていくアプローチを進めてきた。

二回の本邦研修を経て、各々の研修科目のアウトプットをより明確にする必要があることが認識された。特に帰国後すぐに活用できる技術の伝達と、アクションプランの質をより向上させる研修内容を考えていく必要がある。帰国後の発表機会であるベトナム現地フォーラムの企画・運営はベトナム側で自主的に実施するよう計画的なサポートを続ける必要がある。本プログラムでは研修に参加する省病院・中央病院の数を増やすアプローチをとったが、これと並行して、各病院にて、クオ

(*)11) 国立国際医療センター(IMCJ)は2010年に現在の国立国際医療研究センター(NCGM)へと改名した。

リティ・マネジメント課の職員と病院職員の能力強化と連携を図るアプローチも模索していく必要がある。

さらに、本事業はベトナム国を対象としたが、医療の質・安全の分野は世界的にもまだ新しく他の中所得国や新興国にもニーズがある。一国を対象としたクリティカル・マスの育成プログラムに、マルチカントリー研修のアプローチを加えることで期待される効果と今後の展開を模索することも近い将来求められてくると考える。

世界の医療の質・安全分野に貢献できる日本の文化と技法の潜在能力

日本を含む先進国では、医療技術の進歩によって医療現場がより複雑になり、医療事故のリスクを高めてきたと言われている。医療技術の機能を最大限に発揮させるには、日本の医療現場で培われてきた医療の質・安全確保のノウハウと一緒に輸出する必要があると考える。医療技術だけの輸出は欧州連合（EU：European Union）や中華人民共和国、大韓民国など他国が既に実施している。一方で、医療技術を医療の質・安全確保のノウハウと一緒に輸出するアプローチはまだどの国もやっていない日本独自のアプローチになりうる。

さらに、医療技術の機能を最大限に発揮するためには、その医療技術を安全かつ確実に提供できる必要がある。日本が現在推し進めようとする医療輸出の文脈では、一見すると「卓越した医療の質」の実現を目指しているように映る。しかし、日本を含む先進国の経験から、急速な医療技術の発展を経験する中所得国や新興国で急務なのは、「卓越した医療」を実現しつつも「確実な医療」を実現することである。確実なもの・サービスを提供できる日本は諸外国の人々から驚異の眼で見られている。それは医療の現場も同じである。医学・医療の固有技術と医療の質・安全の管理技術のいずれの技術についても、日本にはそれらを発展させてきた歴史があり技術の原点に立ち戻って技術を再考できる技術者がいる。

医療の質・安全を確保する技術を医療技術と一緒に輸出し、医療の質・安全の文化と技法の現地化も図る。日本にはそのような国際協力が求められている。

《謝辞》

2015年5月18日から5月29日に実施した第1回目の本邦研修は、国際協力機構（JICA）ベトナム保健医療従事者の質の改善プロジェクト（2010-2015）の委託によるカウンターパート研修であった。研修員5名を受け入れた（研修リーダーは村井真介）。2015年11月9日から11月20日に実施した第2回目の本邦研修、ベトナム医療の質・安全フォーラムと医療の質・安全共同セミナーは、厚生労働省の平成27年度医療技術等国際展開推進事業で実施した。研修員9名を受け入れた（研修リーダーは村井真介、研修副リーダーは五十嵐恵）。国立国際医療研究センターのベトナム拠点（MCC：Medical Collaboration Center in Vietnam）のPham Phuong Thuy、Nguyen Thi Le Hang、Le Thi Thu Phongの3名には第2回目の本邦研修にかかる研修員の人選と派遣手続きに貢献していただいた。国際協力機構（JICA）ベトナム保健医療従事者の質の改善プロジェクト（2010-2015）の伊藤智朗専門家、稲岡希美子専門家、高島恭子専門家の3名には、ベトナムにおける国際協力機構（JICA）プロジェクトの経験に基づき、第1回目の研修員の派遣および第2回目の候補者選定に助言をいただいた。

【引用文献】

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds.: To Err Is Human: Building a Safer Health System Washington, DC: National Academy Press; 1999.
2. World Health Organization: Quality of care: patient safety (A55/13). In: Fifty-fifth World Health Assembly Provisional agenda item 139; 2002; Geneva: World Health Organization; 2002.
3. World Health Organization: Quality of care: patient safety (EB113/37). In: Executive board 113th Session Provisional agenda item 86; 2003; Geneva: World Health Organization; 2003.
4. World Health Organization: WHO Patient Safety - programme areas. <http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/> (Access February 29, 2016); World Health Organization.
5. Neuhauser D: Ernest Amory Codman MD. Qual Saf Health Care 2002, 11:104-105.
6. Donabedian A: The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA 1988, 260(12):1743-1748.
7. 上原鳴夫: 医療安全のパラダイムと方法論. In: 第127回日本医学会シンポジウム: 医学・医療安全の科学: 2004; 神奈川; 2004.
8. Berwick DM, Godfrey BA, Roessner J: Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement. Oxford and San Francisco: Jossey-Bass; 1990.
9. 医療安全全国共同行動: NDP ホームページについて. http://kyodokodo.jp/about_ndp.html: 医療安全全国共同行動; 2011 (Access date 2016/2/11).
10. ISO: ISO 9001: 2008 Quality Management - Requirements. Geneva: ISO; 2009.
11. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
12. Ariyanti F: Study on Preventable Death in Urban Poor Community from the Perspective of Management of Local Health Systems in Jakarta Province. Thesis Tohoku University 2013:73.
13. 日野秀逸: 医療の基礎理論. 東京: 労働旬報社; 1983.
14. Murai S, Ventura RJ, Gaitte JT: Visualization of Timeliness of Data: A Case of 19-year Operational Experience of Field Health Services Information System (FHSIS) in Palawan Province in the Philippines. In: Annual Meeting of Japan Association for International Health: 2015; Kanazawa: JAIH; 2015.

ベトナムの看護の質改善のための取り組み

- ベトナムの病院に勤務する看護管理者への効果的な研修の方向性

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

五十嵐 恵

ベトナム社会主義共和国の病院に勤務する看護管理者に対し実施した「看護管理研修」で満足度が高く、課題解決に直接貢献し得る具体的な研修内容は「目標管理・能力評価・クリニカルラダー」「院内教育プログラム（経年別・新人看護職員研修）」「委員会活動」であった。研修に参加した看護管理者たちは、これらの活動に取り組むことにより、やりがいを持ち、自律して生き生きと働く看護師を育てたいと考えていた。

はじめに

国立国際医療研究センター（以下、「NCGM」という）では、センター病院看護部と国際医療協力局が協力し、厚生労働省平成27年度医療技術等国際展開推進事業において、ベトナム社会主義共和国（以下「ベトナム」という）ホーチミン市にあるチョーライ病院から看護管理者2名を研修生として受入れ、2か月間の「看護管理研修」（以下「研修」という）を実施した。本稿では、日本での研修を通じたベトナムの看護の質改善のための取り組みについて紹介する。

チョーライ病院看護部の紹介

チョーライ病院はベトナムの3大病院の1つで、ベトナム南部地域の中核を担う国立病院である。約40の診療科がある。病床数、職員数については表1の通りである。医師対看護師の割合は1:2.2、規定の病床100床当たりの看護師数62.8であるが、病床稼働率や実際の看護師の業務を考慮する必要がある。また、看護師の約80%が2年制の専門学校を卒業した者である。教育施設としての機能を持ち、多くの医学生、看護学生が絶えず研修を行っており、省病院の医療従事者への研修も重要な役割の一つである。看護部のミッションは図1、看護部組織は図2に示す。「副看護部長」が1名いるが、「領域リーダー」を兼任



五十嵐 恵

国立国際医療研究センター
国際医療協力局 看護師

2001年、国立国際医療研究センターに就職。
2013年4月より同センター国際医療協力局
で勤務。2014年-2015年、厚生労働省医政局看護課。これまでJICAカンボジア「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」「医療技術者育成システム強化プロジェクト」で短期専門家として活動。2015年度は主にベトナムを対象として「医療の質・安全」に関する研修等を担当。

している。「領域リーダー」とは日本の「副看護部長」の役割に近い。「専門グループ」とは日本の病院における「委員会」に該当する。各病棟に日本における「主任」や「副看護師長」に該当する役職はない。ただし、看護師長が不在の場合はベテラン看護師がその業務を代行する。チョーライ病院が長年日本の援助を受けてきたというこれまでの背景により、看護部の組織構成は日本の病院のものとは大きな違いはない。しかし、「専門グループ」の活動体制には異なる点があり、その点については「満足度が高かった研修内容」で述べる。

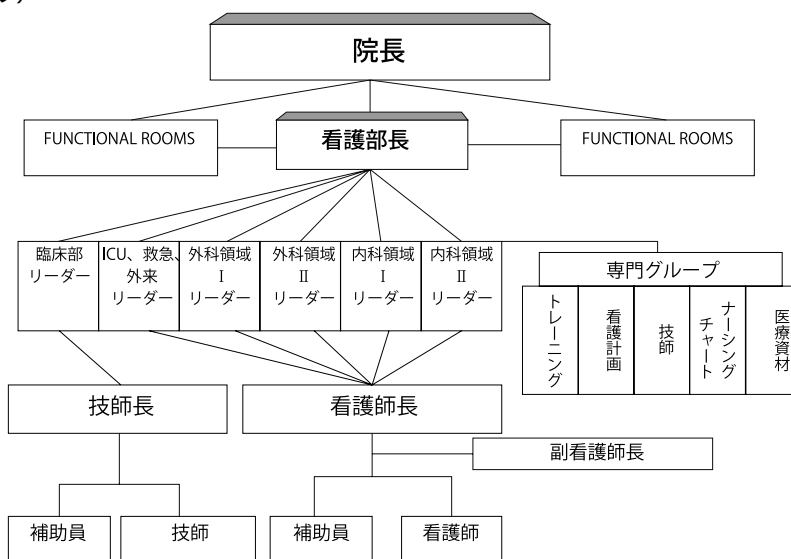
表1. チョーライ病院の概要
(研修生の事前レポートより)

病床数	2403 床
病床稼働率	約 150%以上
職員数	3,373 名
(内訳) 医師	686 名
薬剤師	88 名
看護師	1,509 名
技師	308 名
その他	782 名

図1. チョーライ病院看護部のミッション
(研修生の事前レポートより)

- 看護ケア活動の運営とモニタリング
- 看護ケアの知識と技術の向上、コミュニケーション、看護倫理
- 省病院職員に対するトレーニング、卒後の看護臨床教育トレーニングの運営
- 看護研究、看護ワークショップの運営
- 看護ケア・看護管理における国際協力

図2. チョーライ病院看護部の組織図
(研修生の事前レポートより)



ベトナムと日本の看護師・看護管理者の役割、業務

看護師や看護管理者の役割や業務等は各国で定められている。表2は日本とベトナムの看護実践に関する基準を比較した。また、表3では看護管理者に関する記述を比較した。看護の対象、看護計画に基づく看護実践、安全性の確保など、日本とベトナムで共通、類似している点が多い。日本に特徴的な内容の一つは、看護職一人一人が専門職として役割モデルを示すことが明示されている点である。看護管理者に求められる能力についても共通している点が多いことがわかる。

ベトナム保健省の通達「病院内における患者看護活動に関する指針」の中で、患者は「看護レベル1～3」の3段階に区別される。日常生活援助についてはこのレベルによって実施者が異なる。「看護レベル1の患者は看護師、助産師および看護助手によるケアを受けなければならない」とされているが、「看護レベル2および3の患者は看護師、助産師および看護助手による指示に基づいて患者自身で行い、必要に応じて補助的なケアを受ける」とされている。この点は日本との違いの一つと言える。

表 2. 看護実践に関する基準の比較

<p>日本</p>	<p>看護業務基準（抜粋） 3 看護実践の基準 3-1 看護実践の責務 3-1-1 全ての看護実践は、看護職の倫理綱領に基づく。 3-1-2 人の命及び尊厳を尊重する立場に立って行動する。 3-1-3 安全で、安心・信頼される看護を提供する。 3-1-4 チーム医療におけるメンバーの専門能力を理解し、協働する。 3-1-5 専門職として、看護学生、看護職である後輩及び同僚に、学習資源を提供するとともに、役割モデルを示す。 3-2 看護実践の内容 3-2-1 看護を必要とする人に、身体的、精神的、社会的側面から支援を行う。 3-2-2 看護を必要とする人が変化によりよく対応できるように支援する。 3-2-3 看護を必要とする人を継続的に観察し、問題を把握し、適切に対処する。 3-2-4 緊急事態に対する効果的な対応を行う。 3-2-5 主治の医師の指示に基づく医療行為を行い、反応を観察する。 3-3 看護実践の方法 3-3-1 専門知識に基づく判断を行う。 3-3-2 系統的アプローチを通して個別的な実践を行う。 3-3-3 看護実践の内容及び方法とその結果は記録する。</p>
<p>ベトナム</p>	<p>「ベトナム看護師の基礎能力基準」 第一分野：「ケア実践能力」 基準 1：個人、家族および公衆の健康状態・病気の症状に理解を示す 基準 2：個人、家族および公衆のニーズに応じたケア方法を決定する 基準 3：患者、家族および公衆のニーズに応じた看護方法を優先する 基準 4：看護過程において看護と看護介入の計画を立てる 基準 5：患者の安全性、快適性およびプライバシーを確保する 基準 6：手順や規制に従ったうえで、十分な看護技術を施す 基準 7：薬剤を安全かつ効率的に使用する</p>

(出典) 日本看護協会看護業務基準集 2007 年改訂版、第 1 部、日本看護協会看護業務基準、1 看護業務、3 看護実践の基準

(出典) ベトナム保健省「ベトナム看護師の基礎能力基準」

表 3. 看護管理者に関する記述の比較

日本	<p>「看護にかかわる主要な用語の解説 - 概念的定義・歴史の変遷・社会的文脈 2007 年 3 月」より <概念的定義> 看護管理者とは、看護の対象者のニーズと看護職の知識・技術が合致するよう計画し、財政的・物質的・人的資源を組織化し、目標に向けて看護職を導き、目標の達成度を評価することを役割とする者の総称をいう。 <看護管理者に求められる能力> 専門的能力：当該組織の目的達成のために必要な実践上の知識と技術 対人的能力：他人と協調して効果的に仕事ができチームワークをとる能力 概念化能力：物事の関係性を幅広く考え長期的計画を立てる能力</p>
ベトナム	<p>「看護サービス部門長の職務および権限」より 病院長の指示に応じて、看護サービス部門長は病院内で患者ケア活動を計画、実施するために病院長を補佐する責任を負う。 「看護管理能力向上トレーニングカリキュラム」より 管理者や看護師長になろうとする看護師、助産師や技術者は、ビジョン、医療政策へ参画する能力、患者ケアの管理、エビデンスや効果的なコミュニケーションをベースとした臨床的指導と看護実践能力を有していなければならない。</p>

(出典) 日本看護協会看護業務基準集 2007 年改訂版、第 3 部 資料集、1) 看護に関わる主要な用語の解説 - 概念的定義・歴史変遷・社会的文脈 2007 年 3 月

(出典) ベトナム保健省「ベトナム看護師の基礎能力基準」、付属書類 II 看護サービス部門の組織、職務

Ministry of Health Medical Service Administration

Project for Improvement of the Quality for Human Resources in Medical Service Systems, JICA

「TRAINING CURRICULUM ON IMPROVEMENT OF NURSING MANAGEMENT CAPABILITIES」(訳は著者による)

ベトナムと日本の看護師・看護管理者の役割、業務

研修生へのインタビューや研修期間中の交流、チョーライ病院の視察を通して、ベトナムの病院に勤務する看護師の実際の現場における役割や業務が明らかとなった。

看護師の業務は、日本でいうところの「診療の補助」(静脈注射や喀痰吸引等の行為)が中心で、その他にも外来の受付や案内係、検体搬送や事務作業など多岐にわたる。内服薬は、薬剤部から一括に払い出され、それを患者毎に仕分けるのも看護師の業務である。背景には、看護師以上に薬剤師が不足していることがある。

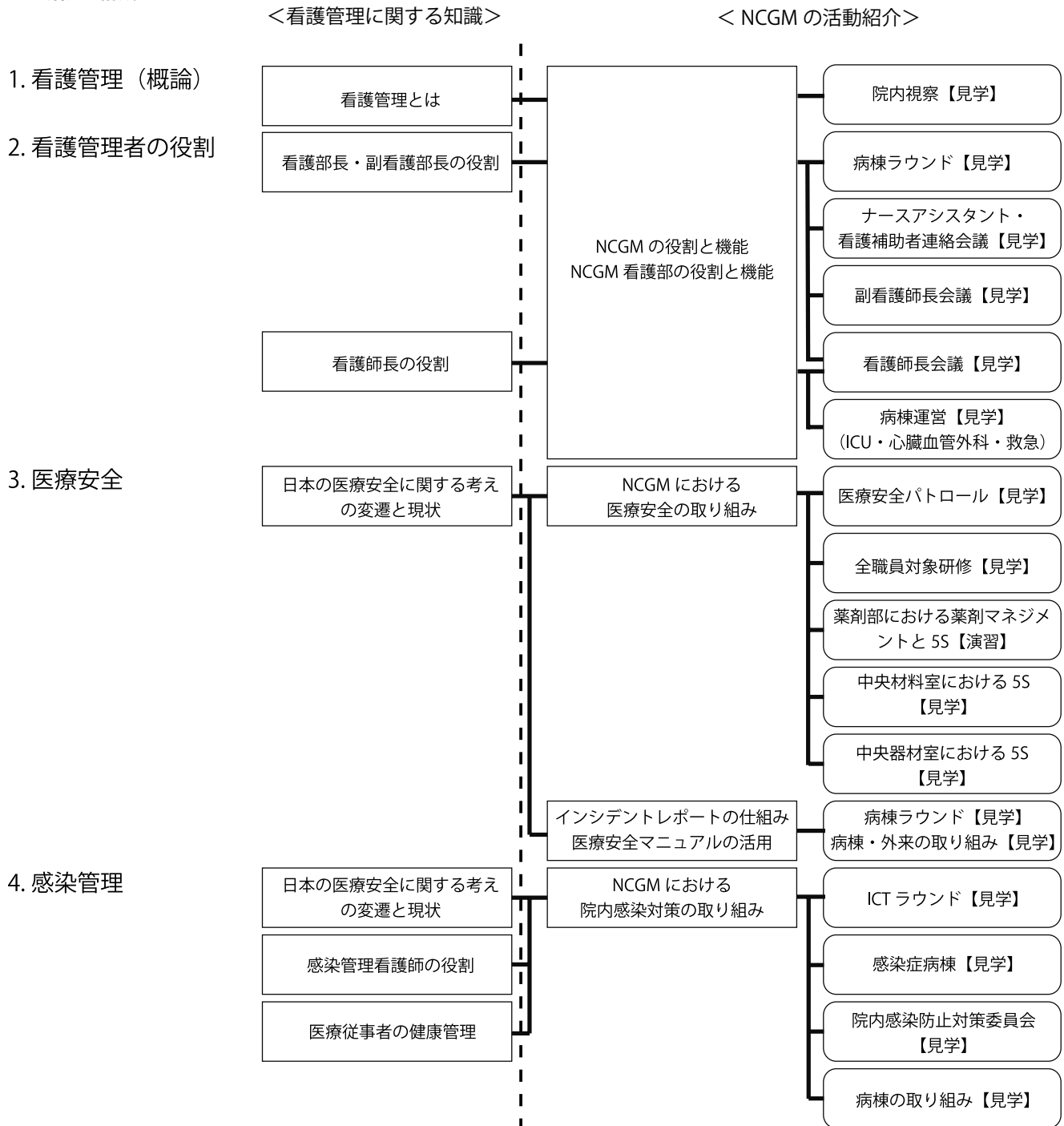
ICU、術後管理のための病棟など、重症または急性期病棟以外は「療養上の世話」(食事や清拭などの援助等)は家族が行っている。看護教育機関では心電図の読み方を学習するが、「心電図を読むのは医師の仕事」と研修生が言うように、臨床現場において看護師が患者の状態を把握し、治療や看護ケアにつなげる能力の強化は必要であると言える。

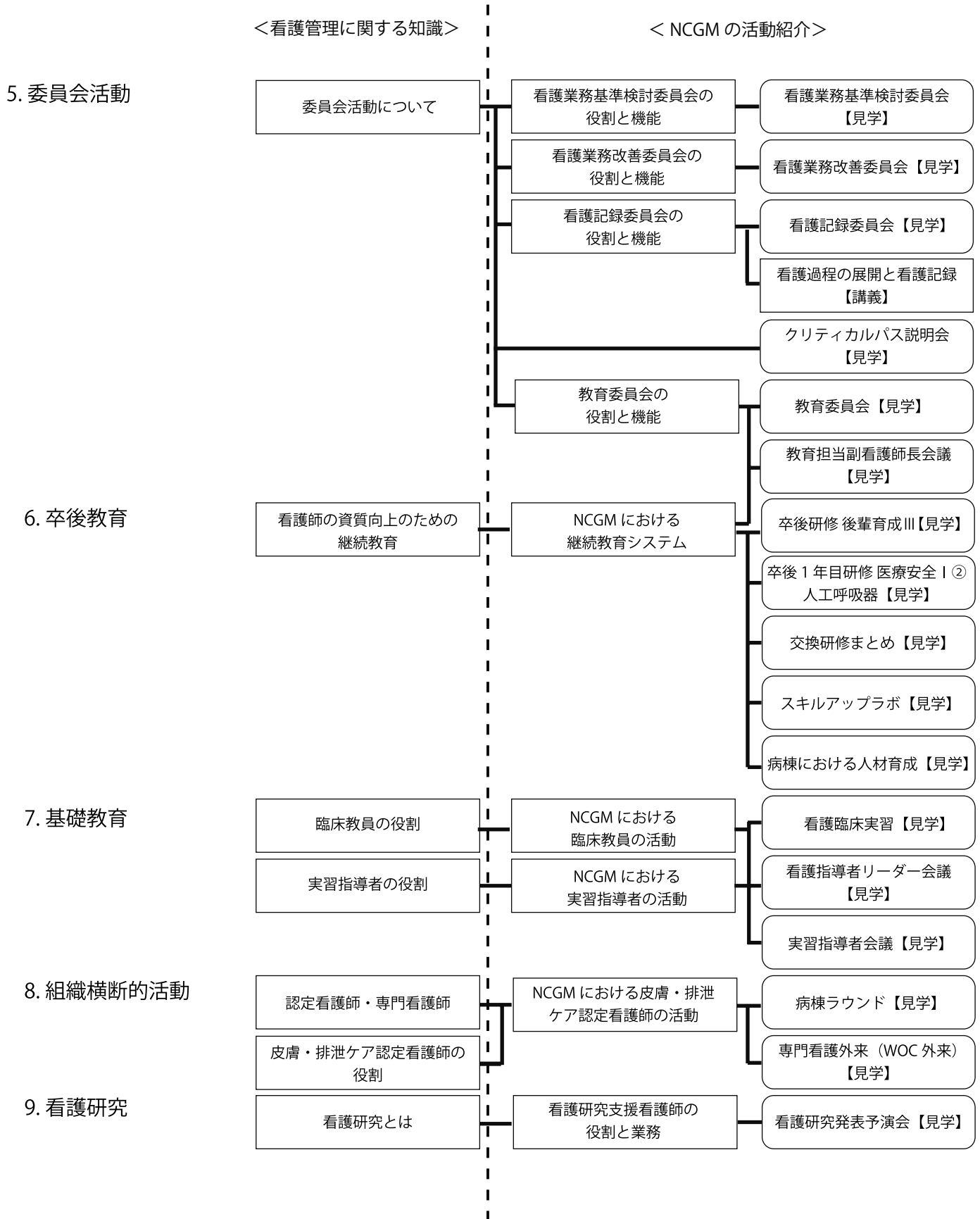
研修生は「学校で習うことと病院で看護師が実際にやっていることの違いが大きい。スタッフに患者に足浴をすとか学校で習ったことを実践するよう働きかけても、する気もないし、実際にそのような時間もない」と話しており、基準や指針に基づいて看護が実践できているとは言い難い状況である。しかし、病床稼働率が 150%以上、つまり、1つのベッドを 2人以上(多い時は 4人)で使用し、1人の患者に 1人から複数人の家族が病棟で過ごしているという混沌とした状況で業務を行わざるを得ない看護師の負担は容易に想像できる。このような状況はチョーライ病院に限ったことでなく、ベトナムの病院ではめずらしくない。

研修の構成

研修内容についてはチョーライ病院看護部の要望により、「看護部の管理・運営」「病棟の管理・運営」「看護人材管理」「院内教育」を中心にする事となった。各研修項目は概論や説明と実際の活動の見学をセットにし、理解を深められるよう工夫した。研修開始後も研修生と意見交換をしながら研修生のニーズを把握し、毎週末、研修担当副看護部長と国際医療協力局担当者で協議しながら、研修生のニーズにあった研修項目を適宜追加した。研修の構成は図3の通りである。

図3. 研修の構成





研修生の所属先における課題と研修への期待

研修生は領域リーダーから1名、病棟看護師長から1名選出された。各研修生の所属先における課題と研修への期待は表4の通り。

表4. 各研修生の所属先における課題と研修への期待（研修生の事前レポートより）

	所属先における課題	研修への期待
領域リーダー	<ul style="list-style-type: none"> ・看護部の人員 <ul style="list-style-type: none"> - 不適切な業務分担 - 人員不足により、一人当たりの担当業務が多く、管理監督業務が不十分 ・看護人材 <ul style="list-style-type: none"> - 人員不足により、管理及び運営が困難 - 看護専門課程修了（2年制の専門学校卒業）の看護師の割合が高く、専門性に応じた業務分担が困難 - 看護教育レベルが一定でないため、再教育・訓練するのに多くの時間がかかる <p>→ 看護の質が要求されるレベルに達していない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・看護部での管理業務の分担 ・看護人材の管理 ・看護の質管理
病棟看護師長	<ul style="list-style-type: none"> ・専門領域専門看護師の教育 <ul style="list-style-type: none"> - 専門の看護技術 - 物品管理 ・看護研究 ・病棟管理 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師支援の方法 ・病棟管理運営

満足度が高かった研修内容

研修終了後の質問票、研修生へのインタビューから、満足度が高く、所属先での課題解決に直接貢献し得る具体的な研修内容は「目標管理・能力評価・クリニカルリーダー」「院内教育プログラム（経年別・新人看護職員研修）」「委員会活動」であった。

1. 目標管理・能力評価・クリニカルリーダー

研修生は目標管理等これらの内容について「実際の現場に活用しやすい。」「管理者は評価しやすく、看護師は目指す目標が明確になる。目標を明確にして育成することにより、よい人材を得ることができる。」と述べている。チョーライ病院においても病院の年度計画に基づいて看護部の年度計画があるが、病棟単位での目標はなく、各病棟で看護師一人一人が目標設定し、能力を評価するシステムも現在のところ存在していない。また、院内教育プログラムも看護師の経験年数を考慮した経年別プログラムはない。このような状況から研修生の所属先では「中堅以上で十分に業務遂行能力があるスタッフに、病棟の仕事を任せようとするが、負担から逃れるために『できない』と言って引き受けてくれない。そのため、引き受けてくれるスタッフや看護師長に業務が集中する。」「スタッフに仕事を任せても、作業経過をきちんとモニタリングしていないと途中で投げ出してしまい、責任をもって最後まで成し遂げることが難しい。」「業務がある程度一通りできるようになると『一人前』と判断され、卒後1年未満の看護師であっても、病棟で継続的に支援を受ける機会がほとんどない。」といったことが起きている。病院の目

標を達成し、質の高い看護を提供するためには、看護管理者が各部署の役割を理解し、目標を達成させる必要がある。そのためには、各部署の一人一人の看護師が、個々の持つ能力を最大限に発揮して、成果を出さなければならない。看護管理者は個々の能力を把握し、必要な能力を段階的に習得できるよう、また、能力を発揮できるよう看護師を支援することが大変重要である。

2. 院内教育プログラム

チョーライ病院看護部が行う看護師対象の院内教育プログラムには、主に保健省で定める院内研修と看護部が必要に応じて計画する院内研修の2種類があるが、いずれも経験年数に関わらず参加する全職員対象のものである（管理者研修等の一部の研修を除く）。そのため、内容によっては新人や経験年数の少ない看護師が理解することが難しく、中堅以上の看護師には既習済みの内容ということもある。国立国際医療研究センター病院看護部では経年別、クリニカルラダーの段階別に検討した院内教育とともに、役割別研修及び全職員型を取り入れている。研修中は教育委員会を中心とした院内教育プログラムの管理運営について学び、実際にいくつかの院内プログラム実施の様子を見学した。研修生は受講していた看護職が意欲的に学習に取り組んでいることに大変驚いていた。しかし、見学直後の研修生からは「私たちには時間がなくてこのような教育はできない」というコメントが聞かれた。見学に同行していた研修担当者がよく話を聞くと、病院として院内教育プログラムを作成しなければならないことは理解しているが、院内研修を計画して実施しても参加者が少ないなどの問題があることがわかった。

研修生はベトナムの課題として「ベトナムでは先輩が後輩を育成するという風土がない。入職後しばらくは先輩看護師について業務を行うが、実際は雑務を押し付けられているという印象しかなく、苦痛である。」「『先輩看護師に教えてもらった』という感覚がない。看護技術も『自分が必死に苦勞して手にしたもの』という感覚のため、人には教えたくないという思いがあり、後輩に教えてあげようという気持ちが芽生えない。」「日本の様に、後輩に学習の機会を作って成長させてあげたいと思える先輩看護師を増やしたいが、どのように変革すれば良いのか。」と述べていた。看護職の継続的な学習については国際看護師協会(ICN)の「ICN 看護師の倫理綱領」、日本看護協会の「看護者の倫理綱領」、ベトナム看護協会の「看護師の倫理綱領」それぞれに提示されており、看護職にとって学習を継続することは倫理的行動規範である。また、舟島は病院が魅力ある院内教育を提供する意義の1つとして「院内教育の質がその病院の看護の質を決定づけることに起因する。」と述べている¹。研修生は帰国後すぐに取り組みたい活動として新人看護職教育プログラムの作成、経年別教育プログラムの作成を挙げた。一方で、看護師数が多いため、同じプログラムを複数回実施しなければならないといったチョーライ病院ならではの困難さもあり、教育プログラムの作成から展開までのすべての過程において継続的な技術支援が必要であると感じていた。

3. 委員会活動

図2の組織図に示されているように、看護部の中に「専門グループ」があり、先述した通り日本の病院における「委員会」に該当する。しかし、実際は「領域リーダー」が一人ずつ配置されているのみで、グループにメンバーは所属していない。グループ担当の「領域リーダー」が各病棟の看護師長から担当の業務（医療資材、トレーニング等）に関する情報やデータを収集する、といったことが主な活動である。実質的なグループ活動はない。そのため、企画から実施まで領域リーダーに一任されている部分が多く、研修生は「他者から意見を聞くことができない。」「看護師長もグループ活動に巻き込みたいが、病棟業務だけでもとても忙しく、協力を得るのは大変難しい。」と述べている。坂口は「各種委員会は看護部長による計画的・意図的な組織運営を実践していくためのツール（道具）でもある」と述べている²。グループ活動が効果的に行われるための組織作りが必要であることが伺えた。

4. その他

研修期間中、他部署でベトナムの医師、薬剤師の研修生を受け入れていたため、3職種で、薬物治療における医療安全をテーマにした演習を行った。演習では医師による薬剤オーダー、薬剤師による薬剤管理と払い出し、看護師による患者への投薬、これらの一連の流れの中で、各職種がどのように医療安全に取り組む必要があるかを学び、研修生同士がベトナムの現状や課

題について意見交換を行った。研修後「ベトナムでは多職種で意見交換する機会がないため、とても良い機会となった。」という発言が聞かれた。チーム医療がこれから進んでいくベトナムでは、まだ多職種間の連携は弱いと言える。研修という機会を通して、多職種が連携することによってより安全で質の高い医療が提供できる組織になることを体験できると考えられる。

応用することが困難な研修内容

研修生個人の努力や看護部の取り組みでは解決困難な課題も多く、特に研修生がチョーライ病院で取り組むことが困難だと感じた具体的な研修内容は「ベッドコントロール」と「看護師のモチベーション」であった。

1. ベッドコントロール

チョーライ病院でのベッドコントロールの現状について、研修生は「病棟の看護師長が一日に何人入院して何人退院したのか把握できるのは一日が終わるところである。その日の空床が一つしかなくても、入院が必要と医師が判断したら、それぞれの医師が患者を入院させる。一つのベッドを複数人で使用しても足りない場合は、その日退院できそうな患者に説明して退院してもらおう。」「保健省の通達により入院患者を断ることもできない」と述べている。患者のニーズを満たすために適当な数の看護師が配置されなければ看護の質を担保することはできない。また、緊急対応に追われ、目まぐるしく患者が入れ替わることによる看護師の精神的負担は大きく、看護師の疲弊に繋がりやすい。医療安全や院内感染など様々な観点からも、病棟管理者による適切なベッドコントロールは重要である。しかし、ベトナムの保健医療システムや病院全体の運営方針により、すぐに改善することが難しい状況であると言える。

2. 看護師のモチベーション

研修生は日本の看護師はじめ病院職員の印象について「職員から管理職、教員、指導者、学生すべての人が自分の仕事にとっても熱心である。」「仕事に対する責任感が強い。」「常に仕事の改善を探求する。」と述べている。また、「日本の看護師は、自主的に学習する人が多い様に感じる。ベトナム人看護師はそうではない。自らスキルアップを考え、学習行動が取れるのはなぜか。」「これまで『やりがい』という視点を教育に取り組んできたことはなかった。ベトナムの看護師がやりがいをもって働けるような取り組みをしていきたい」とも述べている。看護師一人一人が能力や技術を高め、モチベーションを上げることによって、組織が強化され、看護の質向上につながる。しかし、モチベーションを上げるためには、社会的地位の向上、賃金、労働環境、卒前・卒後教育、能力や業績の評価等、多方面からの取り組みが必要である。院内教育プログラムの充実や目標管理などにより少しずつ変化していくことが期待される。

おわりに

看護の質を高い状態に維持し、さらに向上させるためには各病院の状況に合わせた様々な取り組みが必要である。本研修がチョーライ病院、そしてベトナムの看護の質向上に貢献できたのであれば研修担当者としてうれしく思う。一方で、保健システムの違い等によって日本の取り組みを応用することが難しい課題も多くあることがわかった。今後研修を実施する際には、ベトナムの状況に合わせた取り組みや体制をどのように作っていくかという点も研修生と一緒に考えていきたいと思う。

【引用文献】

1. 舟島なをみ. 看護職のキャリア・ディベロップメントと院内教育. 舟島なをみ (監修). 院内教育プログラムの立案・実施・評価 (第2版), p8, 医学書院, 2015年
2. 坂口桃子. 各種委員会の位置づけ. 看護サービスを向上させるための体制. 井部俊子, 中西睦子 (監修), 井部俊子, 勝原裕美子 (編集). 看護管理学習テキスト第2版第2巻 看護組織論 2015年刷, p183, 日本看護協会出版, 2015年



薬剤部における薬剤マネジメントと5S

ベトナム人医師、薬剤師、看護師の3職種で安全な薬剤管理方法を検討している。



新人看護職員対象研修

「人工呼吸器療法を受ける患者の看護」への参加

指導者の集中ケア認定看護師からNPPVマスクを装着してもらう。患者体験を通して患者の理解を深めながら看護技術を習得する研修を学ぶ。



看護部教育委員会への参加

研修プログラムの評価や事前打ち合わせの様子を見学している。



副看護部長の役割、業務について

看護部のマネジメント、副看護部長の役割、業務について講義、実際の活動見学、意見交換を通して学ぶ。

ベトナムの医療サービスの質が 現場で向上するために必要なものは？

<前編>ベトナム保健医療従事者の質の改善プロジェクト重点項目を通してみえるもの

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

伊藤 智朗

2000年から2005年まで実施したベトナム保健医療従事者質の改善プロジェクトを実施した経験から考察すると、医療の質を一言で言っても非常に多様な側面を含有している概念であることがわかる。プロジェクトの重点項目で挙げられたのは医療安全というベトナムにとって比較的新しい概念の教育から、病院管理などマネジメントを扱うもの、看護管理・包括ケアなど看護ケアに係るもの、病院における指導能力向上を狙った教授法講習、レファラル・研修管理というベトナム独自の政策遂行のための研修、院内感染、救急など研修としては一般的なものまで多岐にわたっている。これらの項目は現在のベトナムにおける医療提供において問題であると認識されている項目であり、それらの実情を把握することはベトナムにおける医療の質の現状を考えるうえで重要である。本稿においてはそれらの重点項目のベトナムにおける現状把握の手段として、実際に現場でモニタリングした。事項を中心にそれぞれの項目に関して分析を進めている。そうすることにより見えてきた現場の実情をその背景や考えられる解決策と共に解説していく。

ベトナムにおける「医療の質」とは？

「医療の質」というテーマは近年多くの国において注目されているが、そもそも医療の質とは何を指すのか、その中身の定義は様々である。それは臨床における診断能力や手技のクオリティを意味するのはもちろんであるが、さらにそれに付随する院内感染や医療事故予防の問題の文脈でも語られ、またホスピタリティや患者の満足度の文脈でも語られる。国によっては、保健医療を提供する体制、患者アクセスの担保などもままならない状態であることも「医療の質」という中で議論されているように思われる。

ベトナムにおいては「医療の質」に関する取り組みの重要性が強調されて久しいが、上記のような幅広い概念の中で漠然と医療の質が議論されて、環境面、システム、人材などうまくいっていない事の全般として考えられている印象である。つまり

は医療のアウトカムを患者の健康状態の向上、患者満足度で評価した場合、「想定した医療介入の効果」ほどの結果が生まれておらず、想定していない事象の報告も相次いでいるという現状認識より漠然と生まれている言葉であると思われる。課題が漠然としてい前提ではアプローチも当然漠然としたものになる。

このような多様で、広い概念のもと背景で議論されているベトナムでの「医療の質」であるが、その向上に対してのアプローチとしては研修等を通じた個人の能力向上が選択されるケースが最も多いようである。ただし一言で教育による保健医療人材の質へのアプローチといっても、その



伊藤 智朗

国立国際医療研究センター
国際医療協力局 医師

小児科医、新生児科医として日本の医療現場で勤務した後、国際医療研究センター国際医療協力局勤務。ベトナム保健医療従事者の質の改善プロジェクトにおいて3年間ベトナムに赴任。現地の保健省の政策面と各医療機関における人材育成研修を行う。

カバーするエリアは診断能力、手技といういわゆる一般的な医学教育の充実から、勤務態度やコンプライアンスの重視、院内感染対策、医療安全、病院管理など倫理的な面や「いかに人材を動かすか」というマネジメント向上に焦点を当てるテーマもあり、教育・研修という切り口だけでも非常に多様である。

2010年から2015年まで実施のJICAベトナム保健医療従事者の質の改善プロジェクトにおいては9つの重点分野を選定し、保健省認定の国家カリキュラムを作成した。そのカリキュラムに基づいた研修を全国の省病院にこれまでJICAプロジェクトがコミットメントしている、バクマイ病院、フエ中央病院、チョーライ病院など中核病院を研修実施者として研修を実施した。この「研修」という介入方法で考えられたプロジェクトの中で選定された重点9分野は「救急」といういわゆる臨床知識技術にかかわる「医学教育」から、病院管理などマネジメント、さらには研修管理、包括ケア、レファラルなど我が国ではあまり「研修」という介入でのアプローチがされていないものまで多岐にわたった。

本稿では、9つの分野（表1）はベトナムにおける医療分野の質の問題点がどのようにとらえられているかを考えるにあたり重要なポイントであるので、その背景・現状をひとつひとつみながら解説する。また、ベトナムにおける医療の質を「現場レベルでの実行」という切り口で考察した。ここでいう、「現場」とは、病院における患者サービスをダイレクトに提供する場のことであり、シンプルに言えば、患者に対する医療の質の向上の取り組みが、現場で「目に見える形で」実施されているかで評価しているという意味である。現場を知る手段として、医療者の行動の直接モニタリング、第三者的視点を持つ現場労働者（海外経験豊富なベトナム人、日本人青年海外協力隊）のインタビュー、患者からの話を軸に現場の様子を分析する。

表1. JICAベトナム保健医療従事者の質の改善プロジェクト重点分野

1	医療安全
2	病院管理
3	救急
4	看護管理
5	研修管理
6	レファラル
7	臨床指導者講習
8	院内感染
9	包括ケア

1. 医療安全

近年ベトナム社会において医療事故報道が相次いでいる。B型肝炎ワクチンの予防接種プログラムでワクチンと麻酔薬を取り違えて1日で3人死亡、血液型間違いで死亡例など医療事故の数は近年増加傾向である。報道の傾向をみると、明らかな病院内の医療者の過失によりおこったとの論調で述べられているものがあるのに対して、手術機材の体内残存などの日本の価値基準から見れば医療者の明らかな重大ミスである事案も政府が医療ミスと認めていない場合、報道のスタンスも必ずしも医療者の過失という論調ではないこともある。また、口唇口蓋裂の新生児の手術で3日という短期間で3人の新生児が死亡した事例や、あるワクチンで2013年に5ヶ月の間に9人が死亡し、いったん中止され保健省の調査で一度因果関係は否定され再開されたが、その後も7人の新生児の死亡が確認されている事例など（保健省は因果関係を否定し、ワクチンは継続中）、報道されているものは受傷者や死亡数のインパクトが非常に多いことが特徴的である。一方で単独の死亡例や、死亡には至っていないケースの報道はほとんどなく、医療事故が表に出るようになったといってもまだまだ氷山の一角なのかもしれない。

背景としては、医療の高度化、複雑化が進む一方、患者数は一貫して増加し、人員、施設の整備が追いついていないなど、純粋に医療事故を生むリスクが増加している現状を反映していると考えられる。一方でソーシャルメディアの発達や国際社会からの圧力により医療機関の透明性は以前より高める必要性が生じ、（実際に事故数が増えたのではなく）これまで表に出てこなかった医療事故が社会に知れるようになり始めた側面もあると思われる。医療事故による裁判のケースは正確な数は不明であるが、少なくとも著しい増加はなく、患者にとって何かあった場合裁判を起こすハードルは高く、仮に裁判となっても勝つ

見込みは低いようである。また、医療事故により患者側から病院への訴えがあった場合、多くのケースは患者が有力者であり、「患者の声が大きい場合」に限り、病院または医療従事者個人が金銭を渡して示談しているようである。ベトナムにて医療受診時に問題の起こった時の話を患者側から聞き取ることを数例行ったが、多くのケースは医療者側からの説明はほとんどない、病院側と話をできる機会もほとんどないというものが共通した意見であり、患者側に権利が実行できるという意識はほとんどない。

そのような現状のもと JICA ベトナム医療従事者の質の改善プロジェクトで作成した医療安全のカリキュラムは WHO の指導と 2013 年に出された法令 item 7 of Circular no. 19/2013/TT-BYT に基づくものである。内容としては 3 日間のコースの中で「人間はミスを犯すもの」という基礎的な事項、理論的なものの理解から、転倒防止、誤薬防止などそれを防止する取り組みの紹介、事故報告のシステムの重要性などを講義で学ぶスタイルで実施した。保健省としては同項目は社会的関心も高く重要視しており、各病院の参加者の注目度の高い研修であった。しかしながら研修実施後、医療現場の直接のモニタリングや医療現場の実態をよく知るベトナム人関係者からの聞き取りによると、必ずしも研修の実施が「現場」の改善につながっているとは現時点では言えないようである。確かに、医療安全については取り組みが始まっての年数も比較的浅く、まだまだこれからといった発展途上過程であるため致し方ない面もある。ただ、ベトナム関係者の議論を聞くと、医療安全の取り組みの将来像について危惧するのは、最終的な患者への有益性ではなく、組織の設立や、場合によっては研修の実施そのもののような「プロセス」が目的化してしまっていて完結してしまう懸念である。例えば、その一例として病院によっては患者からの問題（クレーム）発生時の対応の保健省、病院幹部の電話番号の掲示などが行われているが、そもそもそのコールを受け、対応する担当者も誰も定まっておらず、そのコールセンターが「コールセンターの電話を掲示した」以上の意味を持っていないなど、現在のベトナムの医療安全の取り組みを象徴するエピソードである。

ベトナムにおいて医療安全のような性質のものを現場の変化につなげるためには研修などで「知識」を得ることに加えて何がプラスアルファで必要であろうか。今回、この医療従事者質の改善プロジェクトで扱った重点課題はベトナム医療界において実施という意味では進展が見られない項目であるが、それら現場で実施できない要因を掘り下げることは本当の意味で医療の現場の質の向上のためには非常に重要である。これらは後編にてまとめて解説する。

2. 病院管理

「病院管理」は財政面、人材管理など多岐にわたるが本研修はマネージメントの基礎的な知識と近年作成された保健省による病院機能評価項目の解説からなる、3 日間のコースである。いわゆる「マネージメント」分野の研修はかねてより、ベトナムにおいて様々なやり方で実施されている。背景としてはベトナムの医療機関において「マネージメント」の能力を指導者に持たせることは、政府・共産党主導のトップダウン体制とよくマッチしていることがある。またベトナムにおいて医療分野で援助する日本を含めた海外ドナーからしても、「ヘルスシステム強化」とからめ、好まれるアプローチであることも背景にあるであろう。それらの病院指導者向けの様々な研修はむしろ我が国より機会が多いともいえる。

病院幹部にとって注目が高かったのは、PDCA サイクルなどマネージメント一般論の講義等よりも保健省による新しい病院機能評価の解説のセッションであった。病院機能評価システムは近年一新され、保健省が各国公立病院の点数付け、ランク付けを行う取り組みである。「上の評価が大切」というベトナムの政治・社会構造にマッチし、病院幹部にとって非常に注目度が高い。将来的にはそれが、何らかの形で病院の収入にも影響する診療報酬等のメカニズムの構想あるようで、病院にとってその機能、クオリティの充実に取り組む大きなインセンティブになると思われ、病院機能評価の向上が病院の質を高める大きな原動力になる可能性がある。これまで病院管理という意味では様々な教育がなされている反面、今一つ具体的な病院の改革につながってこなかったことが、ややこれら病院機能評価の登場で動き始めた印象はある。

これらを考えると、ベトナムにおいては病院管理能力の向上を考えた場合も、マネージメント能力の向上を狙った個に対す

る「研修」というアプローチよりも、病院機能評価の導入など何らかのインセンティブを意識したメカニズムで政策誘導するほうに実行力がある可能性を感じる。我が国の病院運営の歴史を考えると一般の病院幹部の個にマネジメント能力というものが意識されだしたのは比較的近年であり、むしろ診療報酬による誘導や各種規制などで病院運営を質の高い医療へ向かわせて現場を改善していった事実を考えると、適切な病院管理の実施においてはその実行を誘導する社会的制度・環境整備がより重要であると思われる。教育や研修により仮に指導者にその知識が身についた場合も、それは残念ながらイコールそれを「実行する」ことを担保するわけではなく、実行するためには、それを後押しする推進力の整備が重要であることをベトナムの事例は示している。

3. 救急

9つの臨床分野にて唯一の臨床分野の研修である。5日間で救急という大きなテーマを扱うには短い期間であり、基礎的な救急診断・治療を教室での講義で習得するスタイルであった。外傷の管理、循環不全管理、脳梗塞の管理、ベーシックライフサポートなど増加を続ける交通外傷や非感染性疾患の救急対応に関する内容で構成されている。

本研修は通常であれば「研修」という切り口であれば、救急のようなテーマの医学・臨床研修が主役となるべき項目であるが、今回のプロジェクトで扱った9つの医療提供における補助的な項目の研修群の中では逆にやや異質な存在であったといえるであろう。背景としては、ベトナムにおける救急対応の不備が問題視され、「医療の質」向上の重要なテーマと考えられてはいるのだろう。この点からも、ベトナムにおける医療の質という切り口の曖昧さや幅広さがわかるといえる。

しかしながら、救急対応可能な人材育成は重要な項目であることは間違いのないため、そのアプローチの方法は検討すべき事項ではある。プロジェクト内の研修はあくまで教室での講義・実習が中心の研修であったが、救急の臨床能力の強化は本邦の事例を考えると、現場での on the job training が能力強化には必須であり、現場での臨床能力強化のためには、患者診療を通じた研修体制の充実が必須であることは間違いなく、いかに救急の経験値を高める現場でのトレーニングを行える環境整備を行えるかは重要な課題である。現状のベトナムでは若手の医療者に対して責任を持って指導者が指導する体制が十分ではない。

一方で、ベトナムにおいては下記に詳しく示すが、上位病院が下位病院を指導する義務を示すなど法的な制度はむしろ進み、研修の実施数等で見るとはむしろ多いといえる。しかしながら、研修は研修、臨床現場での仕事は臨床現場での仕事と縦割りの発想で考えられ、臨床家の育成にもっとも大切な臨床現場での有効な教育体制の必要性が十分考えられていないのである。それが本稿で述べている現場レベルでの実施の弱さにつながっていると思われる。

それは必ずしも診療現場での「若手の育成」が上級医療従事者の職務としては認識されていないことや、あくまで知識や技術は「個人の所有物」と考えられており、教えることによる彼らへのインセンティブが明確化されていないなどの問題も大きいと考えられる。

4. 看護管理

「看護管理」という研修項目は2000年以前の保健省の研修項目でも確認でき、ベトナムにおいては繰り返し研修が実施されている。この背景としては、ベトナムにおいては看護師による患者ケアというものは事実上実施されておらず、医師の診療補助のみが業務になっている現状を患者ケアの充実まで広げたいという政府の方針がある。そのため、まず看護の管理者の管理能力を上げる必要があるという発想から「看護管理」の研修は重要視されているようである。プロジェクトで実施した研修の内容はリーダーシップ論、物品管理、コミュニケーション、看護研究など多岐にわたる7日間のコースである。しかしながら、この看護管理研修のインパクトを現場の一般看護師の行動変容、勤務規律順守の向上などととらえた場合、必ずしも研修の実施がイコール行動変容につながるような動きは十分に確認できない。これは上記の病院管理とも似た構造であるが、実施とい

うレベルになると研修における理論や知識の習得だけではなく「実施できる環境整備」やそれを誘導するインセンティブなど「推進力」が必要である。後編に記すベトナムにおける私立病院の現場レベルでの分析からは、むしろその環境整備のほうが重要であると思える現状が確認できる。

看護師におけるケア・サービスの向上はベトナムにおける医療の質においては最重要課題であり以下に「包括ケア」のところでさらに詳しく示す。

5. 研修管理

研修管理とは、ベトナムでの「上位病院が下位病院を指導する」という政策を実施するにあたり研修管理者が知っておくべき、法令、研修を実施する際の手順などを記した法令伝達の目的で行われる。この国公立病院のヒエラルキーを、研修という人材育成にも適応して全体を設計している点は、ベトナムの特徴であり、我が国でもそのようなシステムは持っていない。しかしながら、この研修管理という項目が保健省より研修重点課題として上がったことは、必ずしも上位病院における下位病院の指導、院内における若手の指導が保健省の描いているデザインほどには機能していない背景によるものであると思われる。

その原因を分析してみると、研修を管理する知識の不足によって研修が展開されないというよりも、研修財源の不足や研修の指導者が研修を行うインセンティブが整備されていないことが本質にあるようである。「上の病院が下の病院を指導せよ」という法令を理解することは、比較的簡単であり、各病院にとっては研修実施そのものも適切な講師が確保さえできれば難しいことではない。しかしながらそれを「実施する」段階に入ると財源や、実施するインセンティブが必用となるのである。この項目が「研修」という介入に含まれた事実からわかることは、ベトナムにおける保健省等が様々な問題点改善のためのアプローチを正面から見据え取り組んでおらず、さらには現場での実施の有無などはあまり意識されずにいるという実情である。「このアプローチで現場が動くであろうか」という「現場」を軸にした意識があれば、もう少し実行力を考えた介入方法になるのではないと思われる。

この「上位病院が下位病院を指導する」システムは、社会主義国家であるベトナムであるからこそ成立できた考え方である。我が国をはじめ自由主義社会においては、実施することは容易ではない考え方であり、医療機関が強い政府の影響下にあることで初めて成立する政策である。前述のようにそれを「動かす力」が十分考慮されていないのは問題であるが、少なくとも上位病院にとってそれを義務と認識させる力はあると考えられ、その点だけでもベトナムだからこそとりえる強みを生かした政策である。実行力を伴う制度設計ができれば人材育成において大きな力となるであろう。

6. レファラル

ベトナムにおけるレファラルとは患者搬送のみならず、上位病院が下位病院を指導することや、病院間の情報の共有など幅広い概念が含まれている法令に基づく概念である。この研修項目も上記研修管理に構造は非常に近い。レファラルが機能していない現状を研修という介入によって解決するという方針であるが、実行力を必ずしも考慮していないうえで重点項目にあげられているように思われる。レファラルのような政策を動かすためには、それを研修等で「能力」として指導することだけではなく、何らかの財源も含めた制度設計で実行力を持たせなければ動かない。レファラルの研修は誰も受けていないのに、インセンティブ等の制度によってレファラルが円滑に動いている我が国の実情からも明らかであろう。

7. 臨床指導者講習会

本研修は日本の臨床指導者講習会をベースにしてベトナムにおける医療機関の指導方法をより効果的にするための「教授法」の研修である。5日間の研修で adult learning など教育学的なセオリーからカリキュラム作成、模擬演習での教育法、problem

based learning の考え方など幅広く網羅した研修となっている。

ベトナムの中核病院には研修センターが必ず存在し、制度上同病院内スタッフのみならずベトナムの法令に基づき上位病院が下位病院の指導に当たっている。特記すべきベトナムの特徴としては、このような研修センターに同部署専属または併任でも大きなウエイトをおく医師を複数配置していることである。これは本邦でも見られない体制であり、ベトナムの医療機関の人材育成の大きな特徴でもある。ただ、残念なことに我が国と同様に一般の医療従事者は必ずしも指導法がすぐれているとはかぎらず、その改善の目的で病院における指導者に教育学的教授法の論理を身に付けてもらうために同研修が展開された。ベトナムにおける臨床指導者講習会はそれら特定の臨床専門分野をもたず、いわゆる研修のコーディネーションを専門とする医師または看護師には非常に興味を引くコンテンツであった。しかしながら、普通に病院で働く医師にとって「教授法」というコンテンツはなじみがなく、本研修の展開課程においても結果的に看護師が参加者の中心となった。それはコンテンツ的に医師の思考より看護師の思考プロセスになじみやすいものであったためと思われる。我が国行っているように政策的に教授法の受講を促すことで、現場の医療者を教育者としての能力を向上させることを目指すなら、指導医には教授法研修を義務化させるなどの政策面での取り組みが必要かもしれない。

またもう一つのこのテーマの難しさとして、その指導法の研修がイコール指導方法の向上につながっているかどうかはコンテンツの性質上、評価が難しい分野でもある。「指導方法を習った医師（看護師）が、わかりやすい先生に本当になるのか」という面はこのテーマの研修において最大の課題である。いずれにせよ教授法のような性質のものは、その国々の文化や歴史、政治体制等に大きく左右され、その指導内容も自国の文化、考え方などを考慮して作られていくべきものであり、そういった意味では今後その効果を最大限にするためにはベトナム人自身が自分たちのコンテンツの作成が必要である。本項目を高く評価しているベトナム人関係者も日本側から提供されたコンテンツから自分たちのオリジナルのものを作ろうという動きはなく、受け身であったことは、本来のこのコンテンツが伝えるべき adult learning（自身で問題を考え、学習していく）などを実行に移すことの難しさを象徴している。

教授法のような性質のものは、一人一人の講師のそれまでの経験や思考能力に影響を受ける部分が非常に大きく、またどのような思考をよしめるかは社会全体の文化、歴史、政治に左右されるものである。例えば adult learning, 自分で問題を考えていく、ということがベトナムにおける文化、政治体制の本質になじまない場合、それをセオリーとして習ったところで、実行には移すのは難しい可能性がある。教授法のようなコンテンツを途上国において提供する場合、問題意識を生むきっかけとして海外のマテリアルを参考にしてもよいと思われるが、最終的には医療を超えた幅広い分析のもとその国独自のコンテンツを考えていくべきであると思われる。

8. 院内感染研修

院内感染の問題は 2000 年以前よりベトナムの医療機関における重要課題として考えられており、海外ドナーも含め繰り返し研修が行われている。研修期間は 3 日間である。同項目は先行プロジェクトおよびさまざま団体により介入されている項目である。

ベトナムのほとんどの医療機関では院内感染対策部という部署が設立されている。また、多くの病院で専属の医師が配置されている。その対策部が院内を定期的に巡回して指導しているという方式が多い。院内感染対策は長い間繰り返し、大小含めた研修が実施され、知識という意味ではかなりベトナムの医療界に浸透している。しかしながら、現場での職員の取り組み、コンプライアンスの順守などまだまだ改善の余地は大きい。また、そもそも大きな問題として、一つのベットに複数人の患者を管理するなど院内感染対策という意味では通常の介入以前に取り組みなければならない問題も依然残されている。

ベトナムの医療提供体制における縦割りの弊害が院内感染対策の実施においてよく表れている。院内感染対策は常に患者の管理を担当する各診療科よりも、あくまで院内感染対策部の仕事であるという意識が強く、それが現場レベルでの改善を必ずしも進めていない要因であると考えられる。この問題は医療安全など病院全体的、個々の医療者の改善がなければ成立しない

事項で共通した問題である。ベトナムにおいて、ある政策方針が出された場合、院内感染対策部、クオリティコントロール部、医療安全部などの組織の設立は比較的進むが、現場の個人の改革ということに必ずしもつながっていないことは、この縦割りの考え方による要素も大きいと考えられる。

9. 包括ケア

ベトナムにおける医療の質を語るうえで欠かせない概念が包括ケアである。包括ケアとは法令 07/2011/TT-BYT において「患者の呼吸循環、体温、食事、排出、姿勢、衛生、睡眠をみとすための要求にこたえるケアであり、精神的なサポートも含み、治療をサポートし、病院の環境におけるリスクを軽減させることを含めた看護ケア」であると記してある。ベトナムにおいては1987年にスウェーデンの支援で「Holistic care nursing」という概念が導入され一部の国立病院で実施されたことから始まっている。「患者中心の医療サービス」を標榜するこの取り組みは、特に看護機能の向上の文脈でよく引用され、1996年には保健省は病院規則集の中にトータルケアを定めている。このトータルケアの概念は2011年のGuidance on Nursing care activities for patients in the hospitalにも明記され、一貫してベトナムの医療の質、特に看護師の提供するケアの概念においては基礎となっている。また、JICAがかかわったものだけでも2000年以前より包括ケアというテーマで看護師を中心に研修が繰り返し実施されており、包括ケアという言葉は看護師の中で浸透していると思われる。「この背景はすでに述べているように、ベトナムにおいては看護師において日本でいう「ケア」というものはほとんど実施されていないという問題へのアプローチとして実施されていると考えられる。ベトナムの現状では看護師は注射や簡単な切開など本邦では医師がすべき行為は行うが、患者の体位変換や清拭など患者の療養をサポートは自分たちの業務として考えられておらず、患者の状態の観察、それに基づいた適切なケアなどは事実上十分されていないのである。

ベトナムにおいて「研修」という意味での包括ケアは20年以上の歴史があるが、現場レベルでの実施の評価を行った場合、包括ケアの目指す患者中心の医療が行われているかという点で残念ながらそうではない。看護師は日本でいうケアというものを自身の業務と考えておらず、もっぱらその提供は家族が行っている。そもそも包括ケアの概念とは何を指すかということにおいても、JICAベトナム医療従事者の質の改善プロジェクトで作成した国家カリキュラムの作成過程において、ベトナム国内の看護分野の中心人物も「包括ケア」の定義づけから再度議論が始まっている。これは包括ケアという概念を具体的な病院内の業務、各人の行動変容などに落とし込むことをイメージした場合、あまりに「患者中心の医療サービス」という中に含まれるべき構成要素が広すぎ、具体的な活動内容として具現化しにくい性質の概念であるためであると思われる。どちらかという点で「包括ケア」とは「包括ケア」そのものを「実施する」と考える性質のものではなく、食事管理、社会的サポート、心理的サポート、リハビリ、ホスピタリティ、インフォームドコンセントの徹底など「患者中心の医療、包括ケア」に向かうための構成要素をそれぞれ成し遂げた先にある「状態」を示す概念と理解すべきであろう。わが国では包括ケアという言葉はむしろなじみがなく、そのようなテーマでの研修はほとんど行われていないと思えるが、一方で現場をみると包括ケアが目指すことが事実上実施されていることから、包括ケアの概念のあるべき位置づけが理解できるだろう。しかしながらベトナムにおいては、包括ケアの概念を指導すれば包括ケアが実施されると考えたうえで研修を歴史的に実施しているようなところがある。包括ケアを現場で実現するためには、まず、接遇、衛生管理、食事管理、精神的なサポート、ホスピタリティ、リハビリテーションなどの構成要素を理解すること。そのうえでその一つ一つの要素を実現するための教育や機材、人員の整備、財政面の整備を行い、それが成し遂げられた先に包括ケアが存在する、あくまで医療サービスにおける最終的なゴールを指すものとする性質のものであると理解して進めていくべきである。

前述のように、ベトナムにおいては本邦でいう看護ケアにあたるものの多くは家族が実施している現状である。ベトナム看護師がいまだに「ケア」というものを自身の仕事として考えていない現状は実行力のある形で変えていかなければならないが、一方でベトナムにおいては現場の看護師数は医師数以上に不足しており、しかも本邦と比べ看護師が医師よりの仕事を行っている現状を考えると、絶対的なマンパワーの問題を解決せず看護師のみ業務をケアまで拡大せよという方針は現実的ではない。

ベトナムにおいて包括ケアにむけて進みはじめるためには、医師、看護師、パラメディカル、そして家族も含めた患者を取り巻く関係者のなすべき役割を再考し、最大限の効果がある機能分担を選択すべきである。例えば、ケアは家族が行うことを前提とするかわりに、家族のケアの質を上げるために看護師は必要なケアは家族に指導することを義務付けることや、簡単なリハビリは家族が行えるように指導するなど可能性があるだろう。ベトナムの看護師においては書類作成が非常に多いが、それらを必要最小限にするだけでも、看護師にとってより患者に向き合える時間は増えるだろう。同時にマンパワーの充足のため育成と採用をすすめケアを実施する環境整備を行うとともに、徐々に看護師の行うケアの範囲を拡大するべきである。また、後編で言及している、医療従事者が質の高い医療に向かうための（向かわざるを得ない）環境整備も重要であろう。

ベトナムの医療機関の現状を的確に把握するためには

ここまでプロジェクトで重要課題として挙げられた項目に関して現状に関して分析してきた。ここで記載したベトナムの医療環境の実情は現場レベルでのモニタリングを行うことではじめて見えてくるものであることは特記しておきたい。政策文書・各種報告書・会議室での聞き取りのみではなかなか実情が見えてこないのがベトナムの現状である。テーマによってはそれら現場の直接的なモニタリングに基づかない報告と「現場の実態」は非常に開きがある。また、ベトナム人自身の指導者も現場の実情を知らないで、「実行している」との報告だけ受けているケースも多い。原始的なやり方ではあるが、直に患者に接している場できちんと各人の行動を観察することにより、現場の実情を把握し適切なアプローチも考えられると思われる。

ベトナムの医療サービスの質が 現場で向上するために必要なものとは？

<後編>ベトナムの近年の動向と現場の向上のための要因分析

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

伊藤 智朗

ベトナムにおける現場レベルでの向上を促すためには、研修等を通じた個人の教育のみではなく、現場の実情をしっかりと見据えた現実的な戦略に基づく制度整備、環境整備、インセンティブ等を考慮した財源の確保など様々なアプローチが必要であるといえる。これまで法制度の整備や病院組織における体制作り、職員研修の実施などにおいては、ベトナムは他国と比較しても進んでいる印象がある。しかしながら、実際に患者の存在する医療現場での目に見える形での実施は非常に弱い。特に職員のコンプライアンスやホスピタリティを要する項目においては実施にいたっていない。近年、登場した私立医療機関においては現場レベルで国公立病院において実施に至らなかったレベルのサービスが提供され、その要因を分析すると研修等で職員に知識をつけるだけでなく、現場で実行される環境整備が重要であることがわかる。近年、ベトナムの医療提供体制はインフラの整備のペースが加速し、国公立病院の独立採算制への移行、国公立病院の富裕層向けエリアの設置など運営上の自由裁量範囲の拡大、質の高い医療へのインセンティブを意識した診療報酬制度の構想など質の高い医療へ後押しする環境は前進をみせている。ベトナムは社会主義国家であることを背景に、これまで医療アクセスを重視する反面、個々の質は犠牲にしてきたと思える政策をとってきた。医療の質の向上が求められる現状でどのように、社会的公平性を考慮しながら医療の質の向上の推進力となる医療提供システムの設計をするかはベトナムにおける大きな課題であろう。

ベトナムの医療の質に関する近年の動向

ベトナムにおける医療の質に関する事項で近年の動きとして特記すべきことは、ある一定の規模の私立病院の出現と国公立病院の独立採算制の動き、それに伴う公的病院内の中での外来・入院含めた富裕層向けエリアの出現である。これまでベトナムは政策的に病院規模の医療提供は事実上国公立の組織に限定してきたが、医療提供においても一定の市場原理を許容する政策を導入する判断をした結果であると思われる。この動きは富裕層、中間層の増加過程にあるベトナムにおいては付加価値を負担してよりよい医療を受けたいという社会的ニーズともマッチしている。当然ながら貧富の差は同時に拡大傾向にあり、公平性という面では大きな問題を生じる可能性がある方針だが、「医療の質」という切り口ではどうであろうか。

新設された私立病院と従来の国公立病院、国公立病院の富裕層向けエリアを比べてみる（表1）。現場でのモニタリングでは、明らかに私立病院が医療者、特に看護師のホスピタリティや患者のプライバシーの配慮などは比べものにならないほど高いことがわかった。医療従事者の現場での動き、発言、態度など細かい点に注意して観察したが、私立病院においてはこれまで国公立では考えられないレベルの医療者の質の高い動きが観察できた。

表 1. 国公立病院、私立病院の違い

	国公立病院一般エリア	国公立病院 富裕層向けエリア	私立病院（約4%）
病院規模	上位病院は1500床以上	各国公立病院内の外来・入院の特定エリア	500床以下
機能	上位病院は機器充実、治療対応範囲も広い。	国公立の病院の通常診療	機器充実、治療対応範囲は国公立病院のトップには劣るが一般的な省病院よりは範囲は広い（重症ケースの私立→国公立トップへの患者搬送はあり）。
医師	新人から教授クラスまで混在。	各診療科のベテランクラス	国公立病院を退職した医師が中心
看護師	ベテランから新人まで混在。修士取得者などは増加傾向。	各診療科より選抜	比較的若い層が中心
ベッド占拠率	120%以上	入院：100%前後 外来：一般より軽減しているが混雑	100%以下
医療の質の向上へ代表的な取り組み	病院の質の管理部の設置など組織上の整備。	通常診療とは差別化された特定エリアでの診療。	上司の徹底した管理・監督
医療提供における正確さ	低い	低い～中程度	高い
サービス提供者のホスピタリティ	低い	低いが一般よりは改善	高い
患者プライバシーへの配慮	低い	低い	高い
医療安全への取り組みレベル	低い。現場レベルでの具体的な取り組みには結びつかず。	低いが改善に向けての具体的な取り組みあり。	中程度
医師の業務	治療対応の迅速性、正確性や患者への病状説明など不十分なケースが多い。	原則一般病棟と同じだが病状説明に時間をとるなど向上してはいる。	治療対応の迅速性、正確性は国公立よりは向上しているものの不十分なケースもあり。病状説明などはきちんと時間をとる。
看護師の業務	ケアの提供、ホスピタリティを持つての看護の実施は実施されていない。個人の労働態度、コンプライアンスの遵守は個人差が非常に大きい。	原則一般病棟と同じだが衛生管理の向上などみられる。	ケアの提供は中程度実施。ホスピタリティは高い。個人間の勤務態度、コンプライアンス遵守の差はあまりなく、決められたルールが全般的に守られている。
医療従事者の給与	増加傾向ながら公式な基本給与は医師であっても200～300ドルと低いレベル。ただし、基本給以外のルートでの収入はあり、総収入は増加傾向。	不明。ただ何らかのインセンティブはある可能性は高い。	基本給は国公立の1.5～2倍程度。ただ、私立病院によっては国公立では定常化している基本給以外のルートでの収入をきつく禁じており、総収入という意味では国公立の医療従事者との差は基本給ほどはない。

	国公立病院一般エリア	国公立病院 富裕層向けエリア	私立病院（約4%）
患者層	軽傷～重症、要高度医療が必要な患者。低所得者～富裕層まで多彩。	中間層～富裕層。	軽傷～中等症、要高度医療が必要なケースは除く。富裕層または在越外国人。
医療従事者：患者数比	明らかに医療従事者の不足	一般より改善しているが、まだ不足しているレベル。	適正
診療費	比較的低額。正規のプロセスを踏めば保険適応あり。	一般の20～30%増。保険適応なし。診療する医師により価格差があるなどのケースも。	国公立病院の2～10倍程度の診療費。施設により差が大きい。

いったい国公立病院ができないことが、新たに誕生した私立病院で実施できている理由はなんであろうか。一般論として、途上国の多くでは私立病院のほうが衛生面、医師の信頼性などで上回っているケースがほとんどである。我々、途上国医療に携わる者はそれを「資源もたくさんあるのだから当たり前のこと」のように感じるときすらある。しかしながら、高額な医療機器を要するもの等であればその説明も理にかなっていないが、ホスピタリティや決められたコンプライアンスの遵守という、いわゆる「人間性」や個々の行動変容のみがかかわってくる面になってくると、国公立系と私立系の差を起こしている要因はなんであろうか。特にベトナムのような政治・社会体制では近年まで私立系の病院設立は認可されておらず、さらに医療機器や「学歴」という意味ではベトナムにおける国公立系の病院は私立と差は大きいとは言えない（むしろ国公立のほうが充実している側面もある）状況では説明が難しい。そういった背景の中で、新たに生まれたにもかかわらず、長年国公立系では現場で実施されていない「質の高い」行動変容を短期間で起こしている私立病院の要因を紐解くことは、本当の意味で現場の変革を考えるうえで重要なポイントであるように思われる。ベトナム人の有識者と「なぜ私立病院において質の高い医療が提供できるのか」に関して議論したが、その答えは表2の要因に集約される。

これらベトナム人が考える私立病院のクオリティ維持の要因は、個々の研修等による知識の習得よりも、それを誘導する環境整備のウエイトが大きく、即効性があるという事を表している。国公立病院においては様々な角度から長年質の高い医療を指導する研修が実施されてきた。それにもかかわらず、いまだ現場での実行という意味では目に見える形では実行されていない。反面、私立病院においては、研修等は必要な程度は行っているものの、職員は比較的若く教育・経験はまだ不十分であると思える状況にもかかわらず、医療の質を担保する取り組み、特にホスピタリティや職員のコンプライアンスの順守などの面では即効性をもって現場の実施ができている事実がそれを証明している。

ベトナムにおいては、近年明らかに治療対象疾患は拡大

表2. 私立病院において医療サービスの質が高い要因
(ベトナム有識者との議論より)

1	私立はマンパワーがある（患者数：医療者数が適切）。
2	私立の現場での管理者は管理を徹底的にきちんとする。採用時よりコンプライアンス管理などを徹底されている。
3	私立の職員の給与は高い（国公立の約1.5～2倍程度）。
4	医師は国公立を退職した者が中心であり、医師においては教育課程や個人の質に国公立との差はない。
5	看護師は私立病院のほうが明らかに若い。経験という意味では国公立が上である。（しかしながらサービスの質という意味では私立が圧倒的に上である）
6	できる医療行為のレベル（手術の難易度等）や管理できる重症度の範囲は国公立の方が上であり、ある面では国公立の方が病院として優れている。

し、技術の向上という意味では医療のレベルは向上している。それは間違いなく、各種留学プログラムや小規模であっても様々な研修によるものであるだろう。しかしながら、こと包括ケアや医療安全などのいわゆる人間性やホスピタリティに関わる項目になると、研修による知識の習得よりも、それを実行に誘導する制度や環境整備の方が力を持つといえる。医学の知識、技術を向上させるためには長い期間をかけた、教育、研修が重要であるが、コンプライアンスの遵守やホスピタリティの向上などは「その内容」を習うことよりも、それを実施する環境に労働者を置くことの方が現場へのインパクトは大きいのではないだろうか。わかりやすく言うと少なくとも成人した医療従事者に対して「患者には丁寧に接しなければならない」と改めて教育しても、それはすでに繰り返しセオリーとしては教えられているのに実施されていない事項であり、改めて教えることの効果は限定的であるのは明らかである。厳しい監視の目やインセンティブを明確化するなどそれをせざるを得ない環境や制度のもとに個人を置くほうがより現場へのインパクトはあるといえる。

医療の質の向上は臨床医学教育の中で考えるべきである

ベトナムの国公立病院の医療の質向上の取り組みは、近年病院機能評価等の政策誘導により病院組織として意識が以前より向いている。多くの病院では病院質管理部門が設立され始めており、組織体制を見る限り、取り組みは進んでいるように感じられる。しかしながら、ベトナム組織の縦割りの考え方から、あくまで病院の質の管理は病院質管理部門がする仕事として認識されることが危惧される。これは院内感染対策等や医療安全等にも共通する問題であるが、本来、現場での実施は、それぞれの現場を管轄する各臨床科の取り組み次第である。特に現場での職員の行動変容を実際に起こすことを徹底させるためには、常に現場でのモニタリング体制をとるなど、現場に密着した取り組みが必須となる。これは医療の質の取り組み全般に言えることであるが、各臨床分野の診療科がいかに自分たちのクオリティを上げることの重要性を認識することから始める必要がある。

そのためにはこれまでの一般的な医学知識の習得や技術習得のための研修など教育の中で、医療の質に関する取り組みの重要性を指導していくべきであろう。医療従事者、特に医師というものは患者の予後の改善を最大の目標として勤務にあたる。わかりやすく言うと「治せる患者の範囲が多いほど優秀な医師」であるという認識である。この原則はベトナムの多くの医師にも共通したものである。そう考えると院内感染対策や医療安全などをあくまで「予後を改善することに必要な一つのツール」として認識することで実際に現場での実施が促されると思われる。現状では残念ながら、医療の質に関する研修と、一般的な医療・技術の研修は切り離して実施されおり、その認識が現場での実施がなかなか実行されない要因のように思える。医療の質を考慮しない治療提供は「医師としてレベルの低いもの」として認識されることで、現場への実施につながると思われる。具体的には癌や循環器疾患の治療や技術の教育の中で、必要なものとして医療の質に関する取り組みを学ばせるほうが、身に付きやすいのではないかとと思われる。

ベトナムの医療機関の「現場」改革で必要な環境整備

ベトナムにおいては質の高い医療提供が現場レベルで実行されるために必要とされる環境整備は以下のように集約される。

1. 医療者数と患者数の適正化

適切なサービスを実施する大前提である。そもそも、1つのベッドで2人以上の患者を収容することが定常化している環境では、適切な医療サービスの提供ができないのは当然である。また、そのような環境が当たり前になることは、非人間的な扱いを患者に提供することに違和感を覚えなくなるように思われる。2015年に出された首相命令により、今後ベッド数という意

味では臨時ベットなどを駆使し、表向きは1ベットに複数人数収容することは解決に向かうと思われる。しかしながら最も重要なのは医療者1人当たりの患者数であり、それが改善されなければ、現場で質の高い医療が提供できるとは考えられない。医療現場においては質の高い医療提供、特にホスピタリティや確実性・安全性を考慮しようとすると、一定の患者数に限定する必要がある。

近年のベトナムの医療者数は年々増加傾向であるが、患者数は同様に増加傾向であり、2008年と2012年を比較してみると医師においては総コンサルテーション数/総医師数 3355.7、3194.8と大きな変化はない。一方看護師については、総コンサルテーション数/総看護師数は2785.5、1414.4と1人当たりの看護師が管理している患者数は軽減している。しかしながら現状でも看護師が実際に患者ケアを行えておらず、現場のモニタリングからもあまりに手薄な患者管理環境であることを考えると、まだまだ看護師数と患者数の比率の適正化は進めなければならない。また、この数値はあくまでベトナム全体の統計から計算したものであり、実際に雇用されている数ではない。看護師は、看護師になった後も仕事がないなどの実態もあり、看護師数の適正化のためには絶対数の育成だけでなく、適正な雇用の促進が必要であろう。我が国の看護師の現場への配置数の推移を分析しても、診療報酬上の看護師配置数の規定が整備されてから現場の看護師数が激増し、看護師の労働が緩和されケアが提供できるようになったという経緯がある。そのようなインセンティブと適切なケアが実施できる環境整備は重要であろう。

近年急激に増加した国公立病院における、付加価値エリア（プラスの支払いをする代わりに混雑が緩和される、質の高い医療スタッフが多いエリアなど）の導入は、公平性という意味では大きな疑問がある政策であるが、特定のエリアだけでも患者数の適正化に果たす役割は一定程度あると考えることもできる。ベトナムにおいては、社会主義を背景に医療提供においては公平性を重視した政策をとってきた半面、それが個々の医療の質を犠牲にしている側面は否定できない。個々の医療の質の向上が大きなテーマとなった現在、その公平性と個々の質のはざまでいかにバランスをとった政策をとるかは大きな課題である。

質と量はしばしば区別して議論されるが、医療の質においては、その十分な絶対数の確保が実施できる環境整備に必須であり、質を議論するにあたってはその量の分析を同時に行わなければならない。

2. 管理者による厳しい管理を誘導する体制・システム整備

現場の改善に大きく関係するのは管理者の「厳しさ」と「切実さ」ではないかと思われる。国公立病院での管理者の多くは職員が規律を守らない、仕事をきちんとしないことに対して真摯にそれを現状把握し、注意しようとする意識は薄いようである。そのため、様々な労働意識の従業員が存在する。ベトナムの医療機関の従業員の仲は良く、職場の雰囲気は我が国以上に良いが、それが現場の改善よりも優先されてしまう。一方で看護管理者の能力強化のための研修は盛んに行われており、知識という意味ではどんどん蓄積されていっている。さらには、病院内での医療の質管理部門の設立など組織体制の整備はすすんでいる。その動きは明らかに私立病院以上であるといえる。しかしながらそれが必ずしも現場の医療従事者の行動変容につながっていないのである。

一方で、私立病院の管理者は現場の状態を意識し、厳しさを持って対応する。必ずしもさまざまな部署の設立や理論としての蓄積よりも「現場で当たり前に行うべきことをやらせる」ことを徹底させている。私立病院では若い看護師が多いことから明らかに経験年数や研修数などは少ないと思われる。しかしながら、コンプライアンスの遵守などはきちんとしており、「研修」以外の要素が大きいと考えられる。ベトナムにおいては近年、医師以上に看護師のクオリティが問題になることが多く、政府としては修士号など学歴面で高い看護師数の増加を促すべきである方向性で進んでいるが、これまでの国公立病院の現状を見る限りは少なくともクオリティをコンプライアンスの遵守、ホスピタリティでとらえた場合、そういったアプローチで現場が向上するかは未知数である。むしろ現状の管理者を「真剣に労働者を管理しなければならない」状況に置くだけでも実行力を持つような性質の問題かもしれない。それは適度の競争原理の導入や社会の透明性の確保の取り組みが「厳しい環境」作りのための重要なキーとなるとと思われる。

近年、医療現場に監視カメラを導入する国公立医療機関が増えている。これは医療従事者の現場での行動を管理者が監視す

るために導入されたものである。我が国の感覚からすると違和感を覚え、実行力にも疑問が出る取り組みであるが、ベトナムにおける効果を現場レベルで分析すると、即効性をもって職員の行動変容が確認できることがわかった。例えば手洗いが順守されるようになったことや、勤務時間が守られるようになったなどが確認できている。院内感染防止のための手洗い順守は、研修・指導という形で向上を目指すことが一般的であるが、ベトナムの事例は手洗いを学ぶことよりも、手洗いを監視される環境づくりのほうが、効果があることを示している。

3. 適切なレベルでの医療提供における市場原理の導入、競争の活性化

ベトナムの医療提供の質の向上が現場レベルで実行させる力が弱い、背景はその推進力が無いことがある。これまでベトナムの医療提供体制は完全に国営でされており、そのためなかなかサービスの質が向上しなかったというのは否定できない。経済発展もあり医療にアクセスできる層が増え、医療機関が完全に売り手市場で質を向上させて患者を増やそうというインセンティブが全く働いていない状況もそれに拍車をかけている。

個人レベルの給与、いわゆるインセンティブも軽視できない。現場レベルの労働者のインセンティブをはじめ、管理者にとってもきちんとした管理を行うインセンティブを明確化しなければ人の行動変容は起こらない可能性がある。ドイモイ前旧社会主義時代を経験したベトナム人からは「ベトナム人は社会主義を経験するといかに人間はインセンティブがないと働かないかわかっている」という意見も聞いたことがある。この意見はベトナム人に限らず多くの国際開発系の専門家からも聞かれる意見もある。

近年は省病院レベルも含めて国公立病院の施設・機材等は急激に改善が進み、病院数（またはベット数）と患者の比率は急激に改善される可能性が高い。もしその環境下で病院間の適度な市場原理に基づく質を高めて患者を増やそうという競争原理が働けば、医療の質を高める大きな力になるであろう。近年進む国公立病院内の外来・入院の付加価値エリアの導入や独立採算制の導入は、収益増など経済的な面も大きい。適度な競争原理の導入などにつながれば質の高い医療に後押しするシステムとしてもベトナム社会においては非常に重要になるであろう。ただし、医療提供における公平性とインセンティブのバランスをどうとっていくか、重要な課題である。そのため、適性なレベルでの病院間の競争を促進すると同時に社会的弱者の必要な医療を担保するセーフティネットを考える政策を進める必要がある。

4. 医療費の設定などの高い医療に誘導するインセンティブがない

ベトナムの97%近くを占める国公立病院では、患者を診療した時に得られる収入は（日本でいう保険点数）は地域の人民委員会（地方自治体）がある程度の病院ごとの設定の幅を持たせて決めている。ただその価格表が「胃がんの手術」「CT検査」など、大枠の設定のみで、日本でいうケアや患者管理費、院内感染対策、医療安全などへのコストは原則一切医療費としては算定されない。つまり雑に胃がんの手術をしても、しっかり患者ケアを行い、院内感染対策を行い手術を行っても得られる収入は同じである。日本のように、診療報酬の設定により質の高い取り組みに誘導する仕組みが一切存在しないのである。近年、ベトナムにおける診療報酬価格を大枠で設定しなおそうという動きがある。それが今後、質の高い医療に政策誘導することを意識したものになるかは重要な注目点である。

5. 社会全体としての人権意識の向上、透明性の向上

表題の項目は大きな政治・社会の改革をなくして成し遂げられない事ではあるが、ベトナムのように、ただ医療を提供するというだけではある程度のレベルまで達成し、医療の質という、サービスやケアの向上、ホスピタリティなどが求められる段階に来るとこれらの社会変化がなければ本質的改善は見込めない。医療者側からは出てこないが、患者側からの情報収集では

まだまだ患者の人権を尊重しないような行為が多々見られる。また、公式な医療費に加えて、医師なり看護師なりに直接金銭を渡さなければ診てもらえないなどという話もよく聞く。また医療ミスや事故は隠そうと思えば隠せる要素が非常に多く、今のベトナムで医療事故として扱われるのは、ごく一部であることは容易に想像がつく。本邦や諸外国の事例をみても、医療安全の取り組みの推進力は、医療者の医療訴訟のリスクを考慮せざる得ない社会環境になったことであり、それが未整備のベトナム社会においてどこまで病院がこの対策に向き合えるかは未知数である。社会の透明性の向上は医療分野を超えた社会の成熟が必要であり大きな変革が必要である。しかしながら真の意味で医療の質の向上に取り組む意思がベトナムにあるのであれば、どうしてもこのポイントは社会の構造改革を行い改善しなければならない事項である。

ベトナムで医療の質が現場で担保されるには：ベトナムのこれから

ベトナムの現状を現場という視点で見た場合、医療の技術全般など明らかに向上している項目がある反面、繰り返される研修等にもかかわらず、必ずしも現場レベルでは実施されず、多くは組織の設立や法令の整備などまでにとどまっている項目がある。それらの現場レベルでの向上のためには、それを誘導する何らかのインセンティブなど行動変容を後押しするシステム整備が重要であると思われる。

国公立病院内での外来・入院の付加価値エリアの導入や独立採算制の導入は、収益増など経済学的な面も大きいですが、適度な競争原理の導入などにつながれば質の高い医療に後押しするシステムとしても非常に重要になるであろう。ただし、医療提供における公平性とインセンティブのバランスをどうとっていくか、重要な政策課題である。

ベトナムは社会主義国家であることを背景に歴史的に、医療アクセスを重視した政策をとってきているといえるだろう。しかしながら、その状況が医療機関の異常な混雑を生むなど医療サービスにおける需要と供給のバランスを崩し、同時に個々の質という点は犠牲にして成り立っている状況であったと思われる。これは資源に限られている途上国においては一つの現実的な選択肢だったと思われる。これは議論が分かれることであるが、質の高い医療行為、例えば「患者を丁寧に扱う」という行為は医療者にとってはプラスアルファのワークロードであると考えられる。ただでさえ患者が過多で経済的インセンティブもない環境ではそのプラスアルファを実行する推進力がなかったことが、ベトナムの現場で実施されていない最大の理由であると思われる。近年、国際社会からの提言や国内の中間～富裕層の増加でそれらの意見を考慮せざるを得ない状況となり、医療の質という項目に目を向けざるを得ない状況にある。さらに進む医療インフラの整備や国公立病院の独立採算性や規制緩和・裁量権の拡大は、資源を医療の質の向上に向けることを可能とし、個々の医療機関の取り組みを後押しする状況であると思われる。一方で、貧富の格差を拡大する可能性が高い政策であることは留意する必要がある。さらには年々拡大する総医療費の抑制は大きな課題であり、必ずしも個々の質の向上に資源を傾けることは簡単ではない。ベトナムが今後、いかにして正面化から現実の医療現場の現状を分析し公平性と医療の質をどのように両立するのか、またはどちらかを犠牲にした状況を許容するのか注目である。

【参考文献】

1. Vietnam Health Statistics Year book. 2008 2010 2012
2. ベトナム保健医療従事者の質の改善プロジェクト報告書

V

ベトナム医療の質改善や医療安全を支える組織体制

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

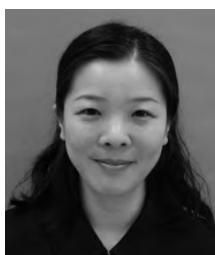
土井 正彦
伊藤 智朗
稲岡 希実子

社会主義体制にあるベトナムでは、「国レベル・中央レベル」、「省レベル」、「郡レベル」、「コミューンレベル」の4層構造になっている。特に省レベル以下のレベルでは、省人民委員会の基、保健行政機関と医療提供機関との連携ができており、計画・実施・モニタリング・評価をする体制が整っている。その中で医療の質改善や医療安全を支える体制に焦点を当て、その組織体系を各レベルで記している。



土井 正彦

国立国際医療研究センター
国際医療協力局 看護師
.....
2007~2009年ベトナム・JICA ホアビン省保健医療サービス強化プロジェクトチーフアドバイザー、2013~2015年・ベトナム・JICA 北西部省医療サービス強化プロジェクトチーフアドバイザーとして赴任した経験あり。



稲岡 希実子

国立国際医療研究センター
国際医療協力局 看護師
.....
2010年4月、国立国際医療研究センター看護部より国際医療協力局へ異動となる。東南アジア地域を中心に地域医療を研究。JICA ベトナム国医療従事者の質の改善プロジェクトで短期専門家、長期専門家の任期を終え2015年7月帰国。



伊藤 智朗

国立国際医療研究センター
国際医療協力局 医師
.....
小児科医、新生児科医として日本の医療現場で勤務した後、国際医療研究センター国際医療協力局勤務。ベトナム保健医療従事者の質の改善プロジェクトにおいて3年間ベトナムに赴任。現地の保健省の政策面と各医療機関における人材育成研修を行う。

1. 保健医療行政の組織体制

ベトナムは社会主義体制のうち行政機関には、「国レベル・中央レベル」、「省レベル（日本では県レベルにあたる）」、「郡レベル（日本では市区町村レベルにあたる）」、「コミューンレベル（日本では自治会や町内会などにあたる）」の4層構造からなっている。それぞれのレベルでの行政機関には、政府、地方省人民委員会、郡人民委員会、コミューン人民委員会がある。そして各レベルには保健医療を担う保健医療行政機関である保健省や保健局、医療提供を担う病院などがある。（図1）中央レベルには保健省があり、保健大臣と5名の副大臣がいる。副大臣にはそれぞれ担当する分野を有している。

そのうち医療の質や医療安全に関しては医療サービス局内（図2）にある質改善部（図3）が管轄しており、関連する法・規定などの整備と医療機関のモニタリング・評価などを行っている。また、ベトナムへの保健医療協力や医療支援などの活動をする際、ベトナム保健省国際協力局に活動報告など情報共有をしておくことは、その後の活動を円滑にするうえでも有益かと思われる。

省レベルにおいては、保健医療行政を統括する機関として省保健局がある。（図4）保健局長のほか、複数の副局長がそれぞれ担当する分野を有している。そのうち省内医療機関での医療サービスの提供に関しては医療技術部が担っ

ており、省内での規定策定やモニタリングなどを管轄している。医療の質改善に関しても医療技術部が担当となっている。

図1. ベトナム保健医療システム

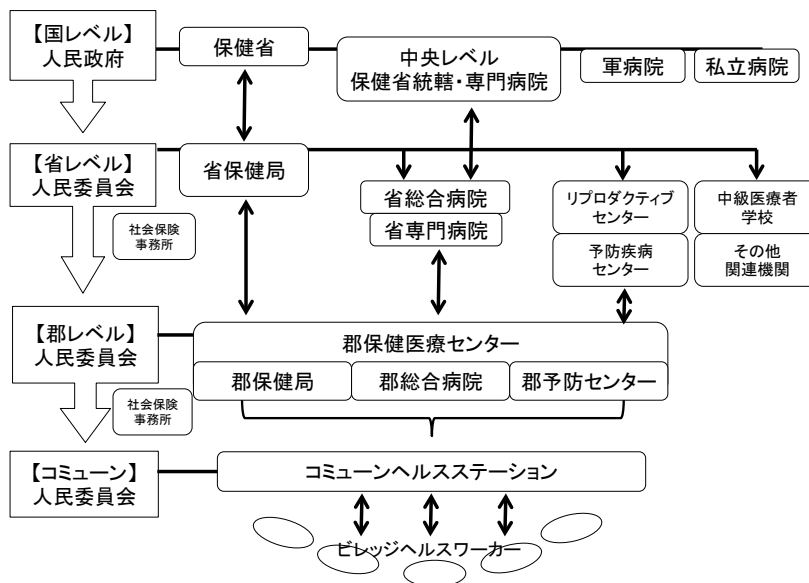


図2. 保健省組織図

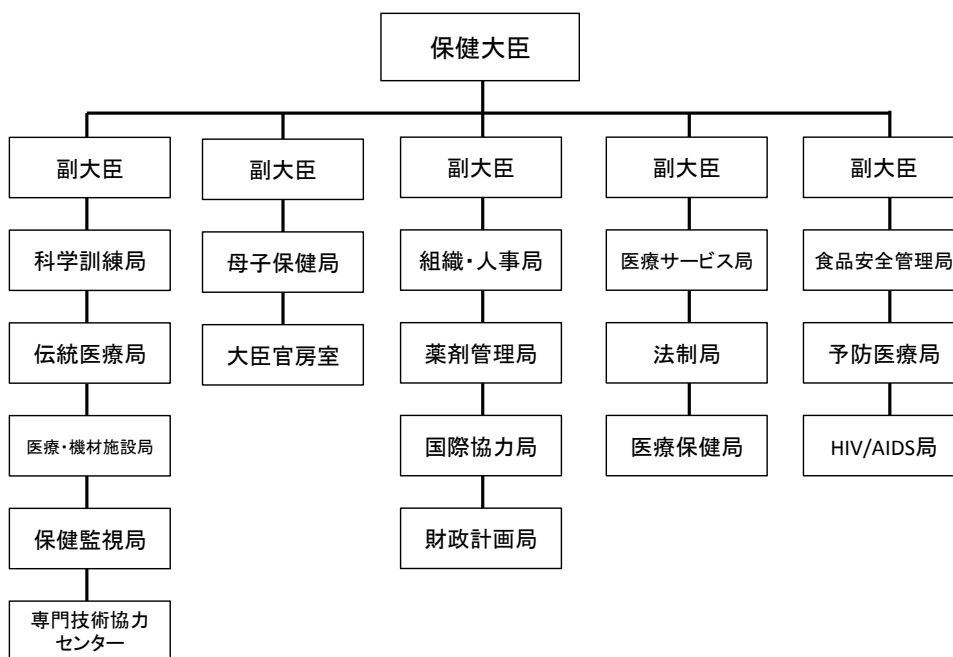


図3. 保健省医療サービス局組織体制

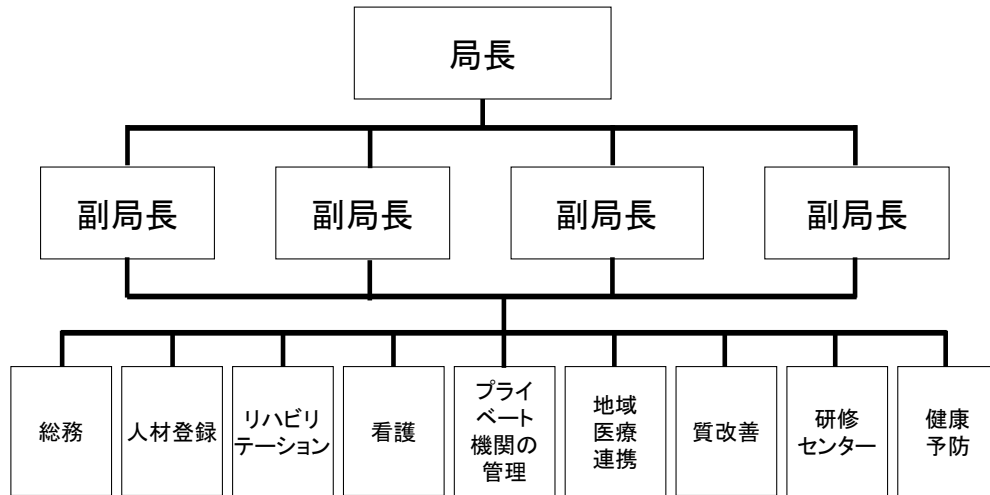
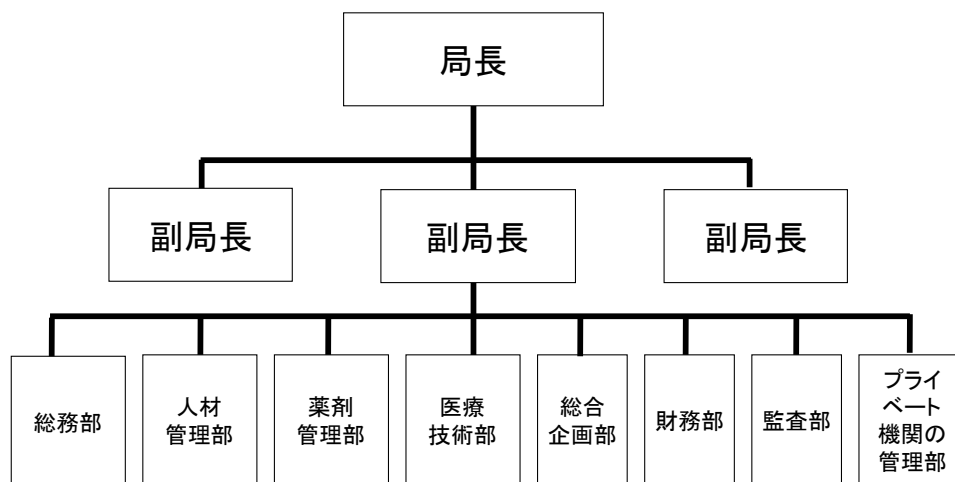


図4. 省レベルにおける保健行政組織体制



2. ベトナム保健省施行による病院の質基準

2013年保健省決定として病院の質基準（Hospital Quality Criteria）が施行された。本基準は、患者中心の考えに基づいて、国の社会経済状況に沿って、患者満足・高い安全性・ベストなヘルスケアサービスに見合うような評価ツールとなっている。この保健省決定を受け、各レベルの医療施設、特に中央病院や省レベルの病院では、病院の質改善を担う部署の設置と担当者が配置された。保健省においては医療サービス局に担当部署として質改善部が設置され、省レベルでは省保健局医療技術部が所管し、省病院等の質改善部が担っている。

この病院の質基準では、病院の基準を以下の5項目（①患者中心、②人的資源、③専門性、④質改善活動、⑤その他の基準）に関して、5段階（グレード1～5、1: 質が低い～5: 質が高い）で評価するようになっている。この基準は、病院を管轄している保健行政の部署が評価することになっている。中央病院では管轄している保健省医療サービス局、省総合病院・省専門病院では省保健局医療技術部となっている。因みに、この評価結果は各管轄部局では一元的にデータ管理される目的で地域医療情報システムに入力され、データベース化している。

3. ベトナムの医療提供体制

ベトナムの保健医療システムでは、医療提供体制には以下の4レベルが挙げられる。（図5）

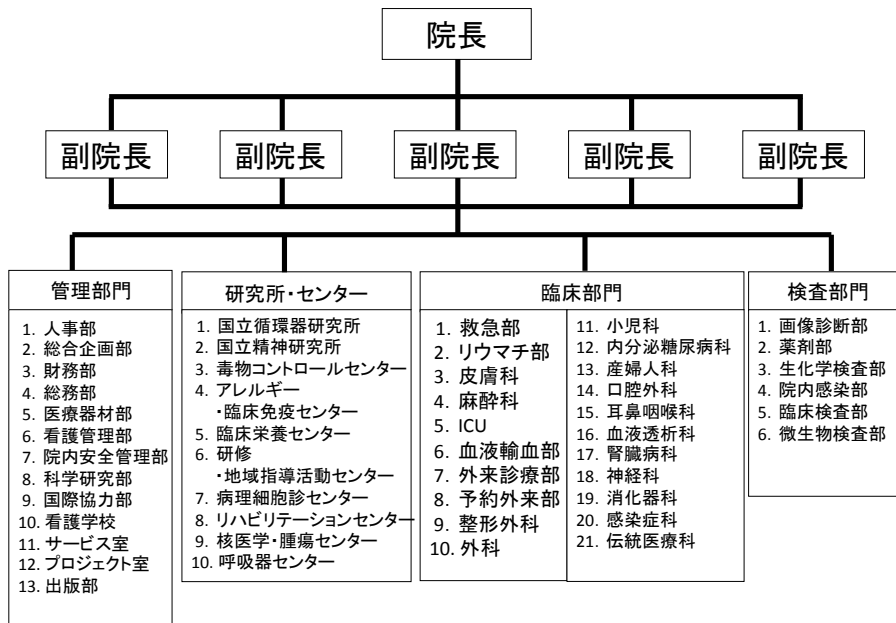
図5. ベトナムの医療提供体制



第1レベル：

中央レベルにあたる病院。多くが保健省管轄下にある病院となっている。ハノイ市やホーチミン市などの都市部に多くの中央レベル病院がある。ハノイ市にはバックマイ病院（図6）、ベトドク病院、国立産科病院、国立小児病院などがある。ホーチミン市にはチョーライ病院、ツーズー病院などがある。また省レベルにあたる省総合病院にもこのレベルの医療施設もある。タイグエン省総合病院やホアビン総合病院などがこのレベルに当たる。省にあるこのレベルの総合病院は省保健局の管轄下となっている。

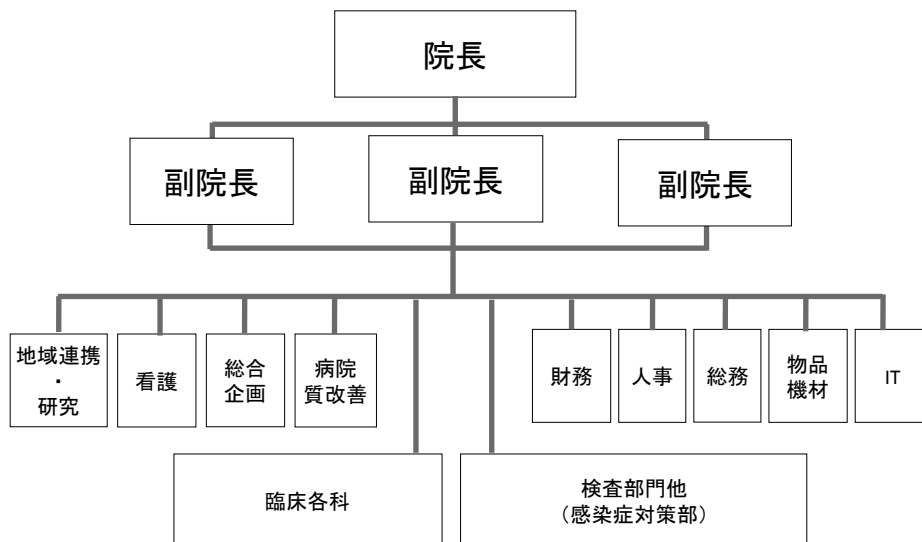
図6. バックマイ病院組織体制



第2レベル

省レベルにあたる省総合病院（図7）や省専門病院。省政府である省人民委員会のもと省行政機関の省保健局の管轄にある。省レベルには総合病院と省の実状に応じていくつかの専門病院がある。専門病院には母子病院、結核病院、内分泌代謝病院、精神病院、伝統医療病院などがある。その他に母子保健行政を担うリプロダクティブヘルスセンター、予防接種・感染症関連・生活習慣病・栄養などに関する保健行政を担う予防センター、住民への健康教育を担う情報教育センター、看護師・助産師・准医師などの養成機関として中級医療者学校などがある。省レベルにある医療機関の中心にある省総合病院では医療サービスの質をモニターする部署として医療の質改善部が存在する。

図 7. 省レベル総合病院組織体制

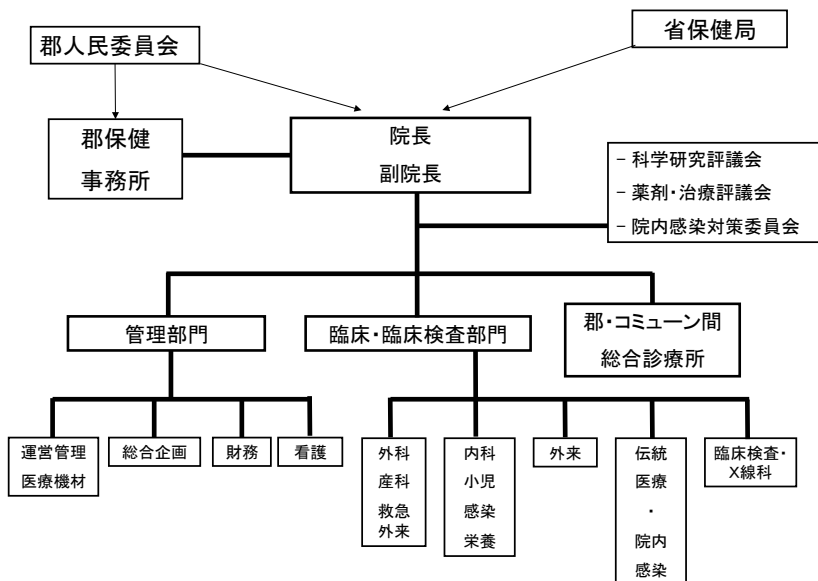


第 3 レベル

郡レベルにあたる郡病院（図 8）。郡人民委員会のもと郡保健局、郡病院、郡予防センターがある。近年では郡の保健医療に関する 3 機関を統合した郡保健医療センターが設置されている郡もできている。

郡レベルにおいては郡総合病院が主な医療機関である。ほとんどの病院では医療の質改善に関する部署はまだ設置されていない。

図 8. 郡レベル総合病院組織体制



第4レベル

コミュンレベルに当たるコミュンヘルスステーション（CHS）。ベトナムの行政区分の最小とするコミュンでは、コミュン人民委員会の管轄下にコミュンヘルスステーションがある。（コミュンヘルスセンターと言われることが多いが、ベトナム語ではコミュンヘルスステーションの方が適している。）更にコミュンレベルには村や区と呼ばれる地域住民の組織がある。この村や区にはコミュン人民委員会の承認の基ビレッジヘルスワーカーが数名任命されている。

以上が基本的なシステムではあるが、その他にも中央レベルにはベトナム軍管轄の軍病院やベトナム郵政公社（VNPT）管轄の郵政病院などがある。更に都市部には私立病院やクリニックなどがあり、近年増加傾向となっている。私立病院の中には国際認定基準を取得している医療施設も出てきている。

4. 省病院での医療の質改善への取り組み

省レベルの事例として、ベトナム北部に位置するホアビン省（ハノイ市から80km北西部）にあるホアビン省総合病院では、2013年の保健省決定を受けて、医療の質改善の専任担当者が配置され、また医療の質改善部が設置されてきている。2013年、省総合病院に病院質改善委員会が設置されたが、それ以降、ほとんど活動は行われていなかった。2015年、職員2名が配置され、部屋が用意されたことにより、省内医療施設ネットワーク（省レベルと郡レベルの病院）の病院の質改善を担うことが省総合病院管理者により決定される。病院質改善部により省内医療施設を病院質改善基準に則り、評価する。また、担当者が研修に参加し、その後施設内やネットワーク内への研修を実施している。さらに、計画として質改善に向けて病院全体で5Sプログラムを予定している。

ただし、院内感染対策に関しては2007年頃から院内感染対策として耐性菌対策や針刺し事故、医療廃棄物対策が行われてきた。その後、院内感染対策部として、感染症対策、医療廃棄物、院内環境整備などを担う部署として組織編成されている。

また中央レベルの病院では院内の各部署や医療スタッフへの活動は当然のこと、中央レベルの病院は下位レベルの病院（省病院や郡病院など）への研修や指導が上位レベルの病院として中央レベルの病院の役割となっている。診断治療法により、この下位レベルの病院の研修や指導は、第2レベルの省病院でも同様となっており、それより下位レベルの第3レベルの郡病院への研修や指導などの役割を担うことになっている。

【参考文献】

1. ベトナムの行政改革：（財）自治体国際化協会
2. ベトナムテクニカルレポート：国際医療研究センター：
引用ホームページ：http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/library/tech_doc/index.html
3. ベトナム社会主義共和国保健医療従事者の質の改善プロジェクト詳細計画策定調査報告書：国際協力機構
4. 国際保健医療協力研修報告書 2014年資料：国際医療研究センター
5. ベトナム社会主義共和国北西部省医療サービス強化プロジェクト詳細計画策定調査報告書：国際協力機構
6. 国際保健医療協力研修報告書 2013年資料：国際医療研究センター
7. 国際保健医療協力研修報告書 2013年資料：国際医療研究センター

病院の質指標（Quality Indicator）の枠組みと ベトナムにおける患者安全の現状

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

稲岡 希実子

ベトナムでは長年医療サービスの質改善の為に様々な取り組みが行われた結果、病院の質指標（Quality Indicator（以下、QI））を定め、その評価規準を基にベトナム全土の病院をランキングし、病院管理者自身が病院全体の医療サービス提供システムの不備を振り返り、各病院の医療サービスの質を改善する取り組みに繋がれる様に病院の質指標が導入された。その後、一部の病院の質改善課の実務者を含む病院管理者はソーシャルネットワークを通じて各々の施設における状況や改善活動に関する情報交換をし、より優れた病院を目指した取り組みが始められている。

ここでは、病院の質指標導入までの経緯、病院の質指標の概要、患者安全に関する主な指標を概説し、筆者が現地における専門家活動を通して知り得た患者安全に関する主な指標に対する取り組み事例、継続的な改善活動を促す因子と今後の課題を含めて報告する。

1. ベトナムにおける質指標導入までの経緯（表1）

現在、ベトナムの多くの病院、特に第3次医療施設で課題となっているのが病床稼働率上昇である。患者数の増加、疾病課題の多様化、医療技術の高度化に伴い医療サービスの質が上がり、救える命が増えるという理想的な状態、つまり包括的に質量転化を起こす為には、医療施設改善と医療従事者の能力強化が同時に求められている。こうした背景の中、2010年2月にベトナム保健省医療サービス局に病院の質管理課が設立され、数多くの各診療科のガイドラインが作られた。各病院組織ではHospital councilやHospital committeeが設けられ、毎月もしくは4半期毎に薬の使用状況、治療の実施状況、院内感染状況のレビューが行われていた。しかしながら、各病院における実施を支援し、モニタリングする組織は無く、更に病院内においても質管理担当者や担当部署は存在せず、業務基準や質の低い医療サービスを提供したとしても、具体的な改善活動につながらなかったのがそれまでの現状である。

医療ミスを減らすために、ベトナム保健省はいくつかの医療施設設立基準、必須医薬品リスト、医療器材リスト、治療ガイドラインとクリニカルガイドライン等を発行し、病院分類基準を設けAnnual Hospital Checkプログラムを通じて病院で提供されるサービスの質向上を試みた。また、患者ホットラインや入院患者の為のカウンシルを設置し、医療サービスの質について患者の意見を尊重する為の取り組みも行われてきた。

こうした取り組みを行っても、医療事故報告の分析をみると、ほとんどの病院管理者は医療従事者個々の責任を問うばかりで、病院全体の医療サービス提供システムの不備



稲岡 希実子

国立国際医療研究センター
国際医療協力局 看護師

2010年4月、国立国際医療研究センター看護部より国際医療協力局へ異動となる。東南アジア地域を中心に地域医療を研究。JICAベトナム国医療従事者の質の改善プロジェクトで短期専門家、長期専門家の任期中を終え2015年7月帰国。

に目がいかず、各病院での医療サービスの質をコントロールするのが難しかった（The Lotus Team-Vietnam, 2011年, p3-4, 以下、特に断りがない限り、訳は筆者による¹⁾）。

2010年から2011年の間、ドイツ国際協力公社（GIZ）“Capacity Building for Effective Health” Programの支援により“Promoting application of Plan-Do-Check-Act cycle in Vietnam Hospitals Project”が立ち上がり、品質管理などの管理業務を円滑に進める手法の1つであるデミングサイクル（Plan → Do → Check → Act）の4段階の活動を、病院の質指標（QI）を用いながら繰り返し実施し、継続的に改善していく活動がいくつかのパイロット病院で実施された。

こうしたステップを経て、2012年9月、Hospital Quality Assessment Criteria in 2012-Draft 1が完成した。2013年7月には、Circular No:19/2013『Guiding implementation of quality management of medical service in the hospital』が発行され、各病院組織に保健省から発行された質管理基準ののったガイドラインを作成する事や各組織内で患者満足度調査や職務満足度調査を実施しその結果をレポートとしてまとめ病院内で共有する事も努力義務として定められた。そして2013年12月にはDecision No. 4858/QD-BYT ; Hospital Quality Criteriaが発行され、この時期以降、第3次医療施設や保健省直下の病院を中心に病院内の病院の質管理担当者や部署が急速に設置され、第1回目の病院の質が各組織内で評価されるようになった。また、これらの結果を基に、保健省の病院の質管理課のメンバーが中心となり、各病院のモニタリングが行われるようになった。

ベトナムでは政策文書を各医療施設で実施、定着させる為の手段として、ワークショップ研修が活用されている。病院の質管理に関しても2013年11月JICAベトナム国医療従事者の質の改善プロジェクトの支援により、『Continuous Medical Education on Hospital Quality Management』の国家カリキュラムと教材が完成した。2014年度は、この保健省病院の質管理課が主体となり国家カリキュラムの内容に加えてデミングサイクル（PDCA）とそれを使った演習を実施する5日間の研修をベトナム全土で開催され、この中で各省病院レベルの病院の質管理チームやメンバーに、Hospital Quality Criteriaの詳細な説明が行われ現在に至っている。

表 1. ベトナムにおける病院の質指標（QI）導入までの経緯

年月	経過
2010年2月	ベトナム保健省に病院の質管理課設立
2010年-2011年	ドイツ国際協力公社（GIZ）“Capacity Building for Effective Health” Programの支援により“Promoting application of Plan-Do-Check-Act cycle in Vietnam Hospitals Project”実施
2012年9月	Hospital Quality Assessment Criteria in 2012-Draft 1が完成
2013年7月	Circular No:19/2013『Guiding implementation of quality management of medical service in the hospital』
2013年11月	JICAベトナム国医療従事者の質の改善プロジェクトの支援により、『Continuous Medical Education on Hospital Quality Management』の国家カリキュラムと教材が完成し、承認される
2013年12月	Decision No. 4858/QD-BYT ; Hospital Quality Criteria

（出典）The Lotus Team-Vietnam, Project Report “Promoting application of Plan-Do-Check-Act Cycle in Vietnam Hospitals Project” p2-4, 2011年9月と著者の現地業務中に収集したkey documentsより著者作成

2. 病院の質指標（QI）の概要（表2）

政府政令第63/2012年/ND-CP 2012年8月31日に基づき、2013年12月、保健省大臣決定No. 4858/QD-BYTが発行された。83の病院の質指標（QI）を含むHospital Quality Criteriaは、ベトナム全土の病院に適応できるものとして策定された。ここでは、病院の質指標（QI）の理念、目的、構造と評価方法について紹介する。

1. 理念：『患者中心』

ベトナムの国民性に合った医療サービスを提供し、高い満足度と安全性を確保できるよう、患者中心の理念を掲げている²⁾。

2. 目的

患者、関係者とメディカルスタッフに満足感をもたらす事を目的に、医療サービスの質改善を大目標として掲げている。この大目標達成の為に、①現在の病院の質をアセスメントするツールの提供、②各医療施設が、個々の病院の質を確認する事を支援する、③そしてその結果を基に、課題の優先順位づけをするためのオリエンテーションとなり、④病院の質ランキング、褒賞、競争の根拠となる。という4つの具体的活動目標があげられている²。

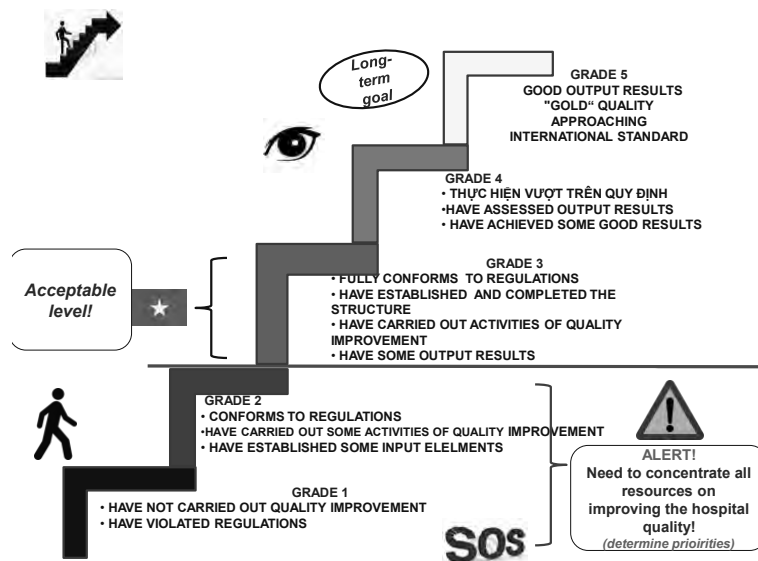
3. 構造と評価方法

A～Eの5つの項目に分かれており、項目Aでは19、項目Bでは14、項目Cでは37、項目Dでは9、項目Eでは4、全部で83の指標と、指標毎に何を満たせばどのレベルに達しているか1～5レベルまで評価基準が詳細に記載されている。一般的にレベル3と評価されている病院が多い。

ここで使われる病院の質指標(QI)の項目名は、諸外国で使われている用語も使われているが、実際の評価基準はベトナムの現状がよく反映されている。病床利用率を例にとってみると、日本では700床以上の一般病院における病床利用率は、77.4%³。これを基準として、この前後が標準といえる。一方、ベトナムでは病床利用率が100%を超えている病院が多く、その為に病床利用率の平均値は評価の指標にできない。レベル3(いわゆる標準)とは、1人の患者に1つのベッドが使われており、病床間隔は、医療従事者1人が通るスペースが確保されている状態を指す。病院の廊下やロビーの様に、部屋ではない所に病床が置かれていても良い。これは、多くの国立・省立病院が、登録されている病床数以上の患者を収容せざるをえない状況が背景にある。ちなみに、普通以下とは、見ず知らずの患者2人が同じ病床をシェア(レベル2)している。場合によっては3～4人が同じ病床を使い、寝返りをうつどころか顔の両横に他人の足がある状態で療養しなければならない事もある(レベル1)。

病院の質指標(QI)と1-5までのレベルの評価基準が細かく現地の状況が勘案されて作られている為、現地の医療施設で働く人にとっては、レベル5を本来あるべき姿(目標)として認識できるだけでなく、その目標と各々の施設の現状とのギャップをつかみやすいツールである事は確かである。また、諸外国の者がベトナムの病院管理の質を理解するうえでも、とても参考になる。ただ、この場合も83の病院の質指標(QI)のタイトルだけを確認するのではなく、せめて標準(レベル3)の評価基準まで確認される事をお勧めする(図1)。

図1. Scale of Vietnam Hospital Quality



(出典) Vietnamese Minister of Health(著), Vietnamese Minister of Health(訳): HOSPITAL QUALITY CRITERIA, 第2版,p5引用, 2013年12月

表 2. 病院の質指標（QI）の項目とコード、ならびに数

SECTIONS AND CODES	Number Of Quality Indicator
SECTIONS A. PATIENT- CENTERED	19
A1. Instruction, reception, guidance, emergency care for patients	6
A2. Physical facilities for patients	5
A3. Patient Care Environment	2
A4. Rights and interests of the patient	6
SECTIONS B: IMPROVE HUMAN-RESOURCE FOR HEALTH-CENTERED	14
B1. Number and structure of the health workers	3
B2. Quality of health workforce	3
B3. Remuneration, working conditions and working environment	4
B4. Hospital leaders	4
SECTIONS C. PROFESSIONAL ACTIVITIES	37
C1. Ensure safety of infrastructure, equipment, chemicals	2
C2. Management of Medical records	2
C3. Application of information technology	2
C4. Prevention and control of infection	6
C5. Competence to implement professional techniques	5
C6. Nursing and patient care	5
C7. Competence to implement nutrition care and dietetics	5
C8. Testing quality	2
C9. Management of supplies and use of drugs	6
C10. Scientific research and technical assistance to decentralized levels	2
SECTIONS D. QUALITY IMPROVEMENT ACTIVITIES	9
D1. Establishing a hospital quality management system	3
D2. Prevention of errors, events and how to fix the problems	2
D3. Assessing, measurement of and publicizing the hospital quality	4
SECTIONS E. SPECIALTY STANDARDS	4
E1. Obstetric, pediatric standards (for general hospitals having gynecology, obstetric, pediatrics and newborn care specialty)	4
Total Number of Quality Indicators	83

（出典）Vietnamese Minister of Health(著), Le Tran Thoai An (訳) : HOSPITAL QUALITY CRITERIA, 第 3 版 .p21-p24, 2014 年 と、Vietnamese Minister of Health(著), Vietnamese Minister of Health (訳) : HOSPITAL QUALITY CRITERIA, 第 2 版 .p14-17 引用, 2013 年 12 月を参考に、著者が作成

3. 患者安全に関する主な指標の紹介（表3）と各指標に対する取り組み事例

83の指標の中のほとんどの指標が、直接的・間接的に患者安全に関係していると言える。中でも、現在ベトナムで取り組まれつつある指標を中心に、主な指標の意味と各指標に対する現場の取り組みの事例をいくつか紹介する。

表3. 患者安全に関する主な指標の紹介

Number of SECTIONS AND CODES	Name of SECTIONS AND CODES on Patient safety
C1	Ensure safety of infrastructure, equipment, chemicals
C5.1	Ensure identify correct patients when providing services
C5.5	Applying issued treatment regimens and supervising the practitioners' adherence
C9	Management of supplies and use of drugs
D2.1	Establish report, summary, errors analysis and how to fix the problems

1. Ensure safety of infrastructure, equipment, chemicals（表4）

この項目は、主に病院施設そのものの安全性や火災予防や電気保安が評価の対象となっている。現地で認識されている危険因子の中で特に多くの病院で取り組まれているのは、重症病棟のベッドの柵取り付けと院内での転倒予防用の標識（図2）設置である。都市部に行くと、院内物品や医療器材のメンテナンス担当者が院内に配置されている病院もあるが、管理面では人材不足の様である。地方では、省内にある省病院から郡病院などの下位の医療施設のメンテナンスを医療器材メンテナンス担当者1人が担当しているところもあるので、日本の様な行き届いたメンテナンスシステム構築には時間が必要である。

表4. Ensure safety of infrastructure, equipment, chemicals に関して、現地で認識されている危険因子と現在取り組まれている対策

認識されている危険因子	取り組まれている対策
柵の無い病床	<ul style="list-style-type: none"> ICU、リカバリールーム、重症病棟で使用するベッドのみ優先的に柵をつけるか、柵のついた新しいベッドに交換。 NICUや小児救急病棟で使用するベッドには柵を付ける。
院内で滑りやすい所 (トイレや廊下、バルコニー、階段)	<ul style="list-style-type: none"> 滑りやすい場所にボードを立て、お知らせ。 トイレ、階段、廊下、スロープに手すりをつける。 スロープは、車いすやストレッチャーが使用できるデザインにする。 トイレの出入り口に、滑り止めマットを使用する。
緊急時	ベッドサイドアラームを設置
火災	防火用品・器具・防火設備の定期的な点検
落雷	雨季には木々を伐採しておく
病院外壁の落下	施設の定期点検
医療器材	<ul style="list-style-type: none"> メンテナンス計画の立案 定期点検の実施 機材使用時に必ずマニュアル参照 医療器材管理をバーコード管理 医療機器メーカーとメンテナンスフリーの契約を結ぶ 医療機器保守点検技術者を1人雇い、省内すべての病院の医療機器を管理。

(出典) JICA ベトナム国医療従事者の質の改善プロジェクト活動を通して、著者が現地で得た情報を基に作成

2. Ensure identify correct patients when providing services (表 5)

患者本人確認を補助する為の道具で、患者ネームバンドの使用や、ネームシール等の活用を指す。ベトナムでは同じ苗字の人が多く、また姓+ミドルネーム+名と3文字以上で構成されている。その為、患者誤認が起こりやすい状況である。患者・医療従事者の両者にとって患者確認はひと手間かかる作業である為、ネームバンドの導入は何をにおいても優先したい取組の様である。しかしながら、あまりお金のかからないネームバンドの導入でさえ、意識の無い患者が入院している重症病棟以外の部署での導入は、なかなか病院管理者の同意を得ることは難しいのが現状である。その為、テープ等に患者情報を書いて、ネームバンドの代わりにしている病院もある。

表 5. Ensure identify correct patients when providing services に関して、現地で認識されている危険因子と現在取り組まれている対策

認識されている危険因子	取り組まれている対策
同じ苗字・名前の人が多い	<ul style="list-style-type: none"> ・患者 ID バンド使用 (特に、手術室、外科病棟、ICU、新生児) ・診療科ごとにネームバンドの色を変える ・患者確認実施 (フルネーム、年齢、誕生日、性別、住所、血液型、診断名) ・情報カード作成し、術前に使用 ・周手術期チェックリストを麻酔やリカバリ時に使用 ・外来では、公的文書 (パスポート、個人認証カード、車やバイクの免許書) を確認
職員が患者確認行動を怠る	<ul style="list-style-type: none"> ・患者間違い予防に関する病院規則を作り、職員に周知する ・薬剤投与時は 5 つの Right を確認する (正しい患者、正しい薬剤、正しい分量、正しい経路、正しい時間：図 3)

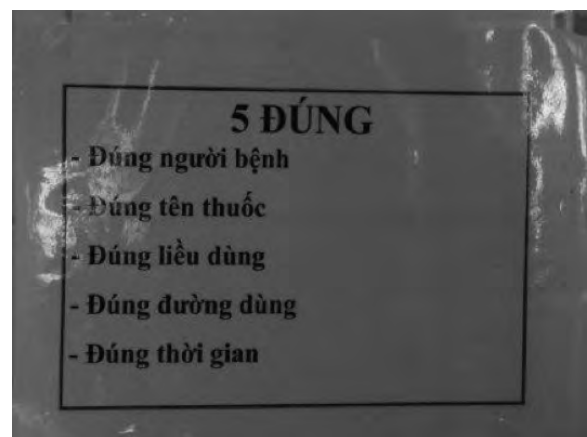
(出典) JICA ベトナム国医療従事者の質の改善プロジェクト活動を通して、著者が現地で得た情報を基に作成

図 2. 転倒注意用の標識



(出典) Nguyen Thi Huong Giang (著), Quality Management in Bach Mai Hospital (2015 年 12 月) の発表資料より

図 3. 5 つの Right (正しい患者、正しい薬剤、正しい分量、正しい経路、正しい時間)



3. Applying issued treatment regimens and supervising the practitioners' adherence (表 6)

組織内で治療ガイドラインの活用を促す規定の有無と活用状況をモニタリングする為の規則の有無、ガイドラインを修正する機能が備わっているかどうか、処方箋や治療記録の監査が定期的に行われているかどうか、またその監査結果を情報ソフトに残して活用する事や、ガイドラインを忠実に守ることに関するレポートを発行する事が基準としてあげられる。ベトナムでは、医学生・看護学生が病院のマンパワーとして通常業務を実施している。担当指導医や実習指導者はいるものの、目が行き届いていないのが現状である。また若手医師の誤診・ご処方対策としても薬剤の処方箋を定期的に監査している病院も少数ではあるが存在している。

表 6. Applying issued treatment regimens and supervising the practitioners' adherence に関して、現地で認識されている課題と現在取り組まれている対策

認識されている課題	取り組まれている対策
多様な治療手順・不必要な治療提供	<ul style="list-style-type: none"> ・2014年に保健省で発行された治療ガイドラインや病院独自で作成した治療ガイドライン(特に、小児内科、感染症、外科、産婦人科)の遵守を呼びかける ・ガイドライン遵守を確認するためのモニタリングチーム(副院長、病院の質管理課と薬剤部、診療企画課、看護部、専門医等のメンバーを含む)を結成し、定期的に記録や診療をモニタリングする ・ガイドラインのアップデート
不必要な検査の乱用	・担当者及び部署が、医師が依頼した検査が適切かどうか評価し、フィードバック
不必要な薬剤の処方	・モニタリングチームが外来患者の処方箋を治療に適切かどうか評価し、フィードバック

(出典) JICA ベトナム国医療従事者の質の改善プロジェクト活動を通して、著者が現地で得た情報を基に作成

4. Management of supplies and use of drugs (表 7)

薬品管理システム、薬剤部の設備状況、十分な薬品共有、安全で適切な薬剤使用、薬剤情報のアップデートとタイムリーな薬剤有害反応のモニタリング、そしてこのモニタリングと評価を実施する委員会の設立等が評価基準とされている。国立病院(3次医療施設)と省病院(2次医療施設)のスタッフに対して、患者安全研修が実施されるようになったのが、2014年6月頃であるが、省病院へ行くと間違いやすい医薬品のリストを時々見るようになった。

表 7. Management of supplies and use of drugs に関して、現地で認識されている課題と現在取り組まれている対策

認識されている課題	取り組まれている対策
誤薬	<ul style="list-style-type: none"> ・ダブルチェック(薬剤準備時、使用前) ・患者安全に関するニュースレターを配布 ・患者から医療者の行動評価を聞き取る
薬の配布間違い	<ul style="list-style-type: none"> ・処方箋作成のコンピューター化 ・薬剤配布時は5つのRightを確認する(正しい患者、正しい薬剤、正しい分量、正しい経路、正しい時間) ・薬品名や薬品容器が似ている、間違いやすい医薬品リストを作成し職員へ伝達。 ・薬品名や薬品容器が似ている薬品には印をし、注意を促す
薬剤有害反応	・薬剤有害反応レポートをタイムリーに監視

(出典) JICA ベトナム国医療従事者の質の改善プロジェクト活動を通して、著者が現地で得た情報を基に作成

図 4. 間違いやすい医薬品



(出典) Vu Thi Thu Huong(著), 患者安全研修の講義 Medication Errors Prevention (2014年6月)の講義資料より

5. Establish report, summary, errors analysis and how to fix the problems (表 8)

医療事故発生後は、任意で作成されるアクシデント・インシデントレポートを通して、それらの発生過程を報告・分析し、リスクマネジメントに関する規則や院内ヘリスクマネジメント情報を伝達するなどの活動が病院の質指標 (QI) の評価基準として定められている。これらの報告に関しては、リポーティングシステム (レポートを受け取る担当者の配置とインシデント・アクシデント報告啓発活動) はあるが、年間数件しか提出されていないのが現状である。これは、発生していないのではなく、潜在しているインシデント・アクシデントが存在していると解釈するのが正しい。

事故を起こした者・発見した者が直接管理者に報告するよりも、誰でも任意でインシデント・アクシデントを記載できるノートを病棟に置いてそれに書き込まれた内容を病院管理者に報告しているのが現状である。

医療事故は個々の責任ではなく、システムエラーという視点が定着するには時間がかかるが、一部の病院では安全文化を醸成する為にインシデント・アクシデント報告をより多く出した部署を表彰するなどの取り組みを始めている。

表 8. Establish report, summary, errors analysis and how to fix the problems について、現地で認識されている危険因子と、現在取り組まれている対策

認識されている課題	取り組まれている対策
インシデント・アクシデントレポートを提出する事に対する、職員の理解が得られない	<ul style="list-style-type: none"> ・病院が病院の質管理に関する院内決定文書を発行 ・各診療科で、任意のインシデント・アクシデントレポートノートに記載 ・フォームと強制的なインシデント・アクシデントレポートフォームを作成 ・提出されたインシデント・アクシデントレポートは、状況分析され、改善活動として提言された
タイムリーでない報告	<ul style="list-style-type: none"> ・レポートだけではなく、インシデント・アクシデントレポートは電話でも受け付けている ・イントラネットを使うことによって、より報告しやすくする
対応の標準化	<ul style="list-style-type: none"> ・報告・レポートを受け取った後の対応・決まりを院内で確立する ①インシデント・アクシデントレポートを受け取ってから 30 日以内に、状況を確認 ②分析会議を開催する ③改善計画を立案 ④当事者及び部署へフィードバック
安全文化の醸成	<ul style="list-style-type: none"> ・インシデント・アクシデントレポート提出実績の高い部署を表彰する ・分析とフィードバックが機能している

(出典) JICA ベトナム国医療従事者の質の改善プロジェクト活動を通して、著者が現地で得た情報を基に作成

4. まとめ

1. ベトナムにおける患者安全の課題

2013年度よりベトナムでは相次いで医療事故が報道されるようになり、国民からの批判や行政処分を受けるようになった為、病院側も報道される前に、発見する必要に迫られている。これまでに紹介した取り組みの中でも転倒注意用の標識や物品保管庫の整理・整頓等のお金のかからない取り組みは比較的取り組みやすいようであるが、整理した状態を維持する事や、5つのRightを定着させる等の医療従事者の行動変容は、プロフェッショナリズムや業務量が影響する為、指標を用いてモニタリングしながら、原因分析する事が欠かせない。

2. 継続的な改善活動を促す因子と今後の課題

病院の質指標（QI）の導入時のむずかしさは、1つ1つの指標が表す状態を評価者達が十分に理解しなくてはならない事である。これについては、病院の質指標（QI）を作成した者達がベトナムの各地で1つ1つの指標が表す状態を写真付きで説明した事が効果的な理解を促したようである。導入後に改善活動を実施する為には、病院幹部の意識改革が必須である。

また改善活動続けるためには、病院の質管理担当者間のネットワークの中で、各々のGood Practiceの共有や気楽に相談できる環境づくりが必要である。実際、病院の質管理の実務者がお互いの活動をシェアし、相談しあうためにFacebook等のソーシャルネットワークが現地では活躍している。

今後の課題としては、今の病院の質指標（QI）を用いて、病院施設整備や病院管理側面の改善を促した後は、いよいよ医療の質指標を医療従事者のパフォーマンス改善の為に使う事である。

【引用文献】

1. The Lotus Team-Vietnam, Project Report "Promoting application of Plan-Do-Check-Act Cycle in Vietnam Hospitals Project" p2-4, 2011年9月
2. Vietnamese Minister of Health(著), Vietnamese Minister of Health(訳): HOSPITAL QUALITY CRITERIA, 第2版.p2, 2013年12月
3. 一般財団法人 全国公私病院連盟:平成26年 病院運営実態分析調査の概要, p3, 2015年 .https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20150311_01.pdf (2016年1月16日)

VII

ベトナムにおける Direction of Healthcare Activities (DOHA) の可能性

- 将来を見据えた地域医療体制の確立に向けて

ベトナム国北西部省医療サービス強化プロジェクト

高島 恭子

DOHA とは、「人々の健康のために、住民に近い医療サービスの提供、公平性と医療の質の向上を実現すること」に向けて保健医療機関が協働して行う、ベトナムの保健医療サービスの提供体制の特徴を生かした活動である。DOHA は、時代の移り変わりとともにその内容も改訂されてきた一方、DOHA という言葉自体は変わらないため、その理解が困難になってきている。また近年、患者集中の緩和の観点からの中央病院から省病院への技術移転型の研修が増加しており、トップダウンの流れが強まった印象を受けるが、実際は逆に、より省の能動的なアクションを求める方向に動いている。「北西部省医療サービス強化プロジェクト（2013-2017）」が目指す DOHA の強化による医療サービスの質の向上は、ベトナムの将来を見据えた省の地域医療体制の確立に向けた活動である。この DOHA の理念のもとに、患者集中の緩和のための政策に重点が置かれている今から、医療サービスの質の向上に向けた医療機関の役割分担と連携を推進し、地域のニーズを考える取り組みの実例は、他省にも有益だと考える。今後は、「逆紹介」、患者を地域の病院へ戻すことやそのインセンティブ、健康教育や地域でのリハビリテーション等に取り組む必要がある。またその際、日本での医療提供体制整備の経験が参考事例となるであろう。

1. はじめに

筆者は「DOHA (Direction of Healthcare Activities) とリファラルシステムが強化されること」を目標とした「北西部省医療サービス強化プロジェクト（2013-2017）」（以下、北西部省 PJ）にチーフアドバイザーとして従事している。DOHA とは、「人々の健康のために、住民に近い医療サービスの提供、公平性と医療の質の向上を実現すること」に向けて保健医療機関が協働して行う、ベトナムの保健医療サービスの提供体制の特徴を生かした活動である。しかし、これまでの日本の保健医療分野における人材育成の協力が、中央病院などの国の中核病院からのアプローチが中心であったこともあり、DOHA がトップダウン的な流れで実施される活動と受け取られることが多かった。また時代の移り変わりとともに DOHA の内容が改訂されているが、DOHA という言葉自体は変わらないため、その理解が困難になってきている。今回、DOHA の内容とその変遷を確認しながら、今後の展望を考える。

2. ベトナムの保健医療提供体制の特徴



高島 恭子

ベトナム国北西部省医療サービス強化プロジェクト（チーフアドバイザー）

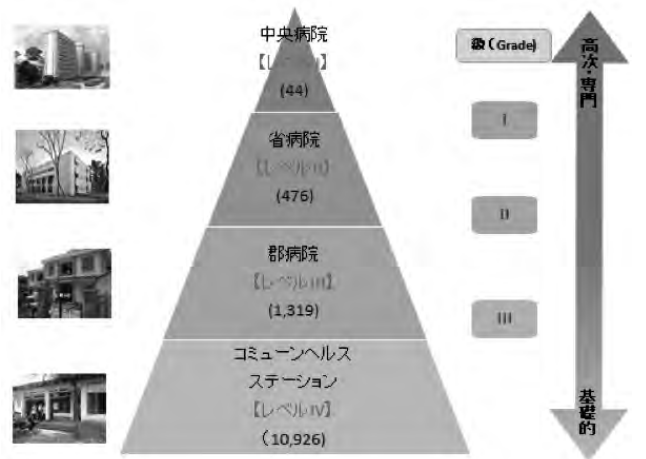
2002年、国際協力機構（JICA）のジュニア専門員としてベトナムの保健医療分野に携わって以来、ベトナムに継続して関わっている。

図1にベトナムの公的な保健医療機関の体制を示し、その特徴3つを以下に述べる。本稿で、「DOHA の上位レベルと下位レベルの病院間で行う活動」と言った場合、②の各保健医療機関間での活動を指す。また、「上位レベルから下位レベルへの技術移転を目的とした研修」と言った場合、②の各レベルで実施可能な医療技術の標準リストに基づい

た技術を移転するための研修を実施することである。上位レベルから技術移転を受けた下位レベルの病院は、新たな技術を導入するために、研修完了報告等の書類を省保健局に提出し認可を受けなければならない。各保健医療機関が患者を紹介しあうリファラルシステムは、この提供可能な医療技術に基づいて整備を行っている。また、各保健医療機関はその機能や人材配置等によってⅠ～Ⅲに等級付けされている。これは、必ずしも②のレベルと一致するものではない。例えばレベルⅠといった場合、中央病院及び高次の機能を持つ省病院が含まれる。

- ① ベトナムでは近年、私立の医療機関が増加傾向であるものの、その割合は6.1%（2014年）であり、公立の医療機関が中心的な役割を担っている。
- ② 保健医療体制は4つのレベルに別れている：①中央病院（レベルⅠ）、②省病院（レベルⅡ）、③郡病院（レベルⅢ）、④コミュニケーションステーション（レベルⅣ）
- ③ ②の保健医療体制は、病院の機能・役割からⅠ～Ⅲ級（GradeⅠ～Ⅲ）と等級付けされている（表1の「病院管理規定」に拠る）。

図1. ベトナムの公立の保健医療機関体制



注：（ ）数は2010年の施設数¹

3. DOHA とは

1. DOHA の訳語について ～指導線とは～

DOHA はベトナム語で「Chi đạo tuyến」である。漢字を当てはめると「指導線」、日本語に直訳すると「各レベルへの指導」となる。英語の直訳は「Technical Direction」や「Giving guidance to lower level」となるが、直訳するだけでは意味がわかりにくい。

保健省で、この「Chi đạo tuyến」を担当する課は「Direction of Healthcare Activities (DOHA)」を英訳として採用している（以下、本文では DOHA を使う）。これまで日本語では、活動内容を加味しつつ、可能な限り端的な言葉を使った「地域医療指導活動」や「上位レベルから下位レベル病院に対する指導・支援」と表されてきた。これは、1997年の保健省「病院管理規定」の定義を踏まえて翻訳をしているからである。

しかし、この訳も十分ではない。DOHA は上位レベルと下位レベルの医療機関が協同して行う活動だからである。また近年、患者集中の緩和のための中央病院から省病院への技術移転型の研修が増加しており、トップダウンの流れが強まった印象を受けるが、実際は逆に、より省の能動的なアクションを求める方向に動いている。

2. DOHA の定義

DOHA は、表1の保健省決定「病院管理規定」において、病院が果たすべき7つの任務の1つとして初めて明文化された。同時に、DOHA の任務、DOHA を担当する DOHA 部の設置義務（図1のレベルⅠの病院のみ）等も示された。

表 1. DOHA に関連する法令

種類	発布年	番号	タイトル	過去の関連通達
保健省決定	1997	1895/QD-BYT	病院管理規定	
保健省通達	2004	09/CT-BYT	医療サービスシステムにおける DOHA 改善	
法律 (国会)	2009	2009/QH12	診断と治療に関する法律	
保健省決定	2010	4026/QD-BYT	DOHA 活動の範囲	9/QD-BYT, 2004
保健省決定	2012	5068/QD-BYT	1816 プロジェクトにおける研修・技術移転の実施内容 (2013 ~)	1816/QD-BYT, 2008
首相府決定	2013	92/QD-TTg	患者集中緩和プロジェクト (2013-2020)	
保健省決定	2013	774/QD-BYT	サテライト病院プロジェクト (2013-2020)	
保健省通達	2013	43/TT-BYT	各レベルの医療技術リスト	
首相府決定	2013	14/QD-TTg	医師のローテーション制度	
保健省通達	2013	22/TT-BYT	卒後継続教育 (CME) ガイドライン	7/TT-BYT, 2008
保健省通達	2014	14/TT-BYT	医療機関におけるリファラル業務	
保健省通達	2016	作成中	技術移転の実施方法 (仮題)	
保健省通達	2016	作成中	DOHA 活動の範囲 (仮題)	4026/QD-BYT

DOHA 部の主な任務は以下の 2 つである。

任務 1. 下位レベルの病院に対する医療サービス、予防活動、科学研究、研修の支援

任務 2. ヘルスケアの社会化及び住民の健康保護の政策に基づき保健医療機関・その他の機関と協力してプライマリヘルスケアを実現する

現在も適用されている本規定に示された DOHA の任務の具体的な内容を示す。その内容は多岐に及ぶ。人材育成・研修活動において、2. と 3. の区分がはっきりしないが、近年、他の法令によって明確化される傾向にある。

任務の具体的内容：

1. DOHA 計画の立案

2. 医療サービスにおける；

- a. 下位レベル病院の医療サービスの質の向上と求められる医療技術レベルに基づく指導・支援や診断や医療技術に問題のある場合のフィードバック
- b. 病院規定や定められた医療技術レベルの実施に向けたモニタリング活動

- c. 下位レベル病院から要請があった場合の医療技術支援
- d. 下位レベル病院との定期的な意見交換

3. 医療従事者に対する研修

- e. 下位レベル病院スタッフの実習受け入れ
- f. 専門技術に関する院内や下位レベル病院への研修

4. 科学研究

- g. DOHA に関する研究
- h. 下位レベル病院の科学研究に対する支援

5. 公衆衛生

- i. プライマリヘルスケア活動、環境衛生、防疫
- j. 災害発生時の支援

6. 1. に基づいた活動総括

3. 日本の協力におけるこれまでの DOHA 支援

初めてこの DOHA を用いて直接的な協力を行ったのは「バックマイ病院プロジェクト（2000-2005）」である。「バックマイ病院における医療サービスの質が向上すること」をプロジェクト目標として、病院管理、臨床医療、看護、DOHA に関する協力が行われた。その後引き続いて、「バックマイ病院から対象 4 省への救急、小児、院内感染対策、トータルケアの 4 分野及びその関連分野の研修能力が向上すること」を目標とした「バックマイ病院研修能力強化プロジェクト（2006-2009）」が実施されている。

「ホアビン省保健医療サービス強化プロジェクト（2004-2009）」では、ホアビン省において、DOHA の任務の 2. と 3. に対する強化を行った。省保健局、省病院及び郡病院による意見交換の場の設定（リファラル会議）や、リファラル患者の情報分析を研修計画に反映させるといった手法は後に保健省の政策に取り入れられ、全国で適用されることとなった。そして、この成果を普及・進化させることを目指すのが北西部省 PJ である。

また、「チョーライ病院プロジェクト（1995-1999）」の後続案件である「チョーライ病院現地国内研修（1999-2004）」で初めて“研修管理サイクル”が導入され、以降、日本の協力において継続的にこの研修管理サイクルが適用された。

「保健医療従事者の質の改善プロジェクト（2010-2015）」では、医療サービスの向上のために重要であるが、臨床分野の研修ほど積極的に取り入れられていない分野に焦点を当て、卒後継続研修のための 9 分野の国家標準カリキュラム*を作成するとともに、3 拠点病院（バックマイ病院、フエ中央病院、チョーライ病院）研修センターから省病院に対する研修を実施した。

【地域医療専門家】

「バックマイ病院プロジェクト（2000-2005）」では 5 名の長期専門家が派遣され、その中に DOHA に関する助言を行う「地域医療」専門家がいた。DOHA の内容から、公衆衛生の知識を持つことが本専門家の資格条件であった。実際に専門家が赴任すると、バックマイ病院 DOHA 部が計画する省病院の医療従事者に対する研修活動が主な業務であることがわかった。そのため、本専門家は研修管理サイクルを適用し、より効果的に研修活動が実施されるよう支援を行った。研修プロジェクトが終了する際の終了時評価の際、プロジェクトの成果としてバックマイ病院のカウンターパートらが、

* 9 分野とは、病院の質の管理、院内感染対策、看護管理、研修管理、医療安全、救急医療、包括医療、リファラルシステム、臨床指導者養成である。

「〇つの新たな医療技術が省病院で可能になった」という表現を用いてプロジェクトを評価した。これに対して、研修活動の質の向上を目指していた専門家は、目標の共有化が十分でなかったと感じた。

2013年、保健省通達「医療機関に対するレベル別医療技術リスト」が出された。これは公的な保健医療機関をその機能から(図1)各レベルで備えるべき医療技術を標準リスト化したものである(28科、合計17,216の医療技術が掲載されている)。バックマイ病院のような中央病院が実施するDOHAの最も主要な活動は、2.a.の「下位レベルの病院の医療サービスの質の向上と求められる医療技術レベルに基づく指導・支援・・・」であり、これは医療技術の向上のための“技術移転”型の研修にあたる。当時、下位レベルの病院の医療レベルは十分でなく、北部地域のトップリファラル病院であるバックマイ病院DOHA部の主な活動は、“医療技術リスト”に基づいた省病院の医療の底上げを図るための研修であった。あれから10年が経過し、バックマイ病院DOHA部は研修センターとなり、教授法や各科に横断的にまたがる院内感染対策、医療安全等の幅広い分野の研修を、下位レベルの病院と協働しながら実施するまでになっている。日本のベトナムへの協力の経験も蓄積されつつある。この事例において、1) プロジェクト形成時の情報収集の際の注意点、2) 協力にあたり中長期的な視点を持つことの重要性、を考えた次第である。

4. DOHA の内容の変遷

表1に示すDOHAに関連するこれまでの法令について、以下の3点からレビューする。

1. DOHA の概要

- DOHAは1997年の病院管理規定によって病院が果たすべき7つの任務の一つとされた。病院の任務とは、1) 医療サービス、2) スタッフの研修、3) 科学研究、4) DOHA、5) 予防活動、6) 国際協力、7) 病院経営・管理、である。同規定によって初めてDOHAが明文化された。
- 2004年、「医療サービスにおけるDOHA活動強化の指示書」によりDOHAの目的は、住民に近いレベルの医療サービスの充実化と公平性と示される。中央、省、郡レベルからなる“DOHAネットワークの設置”や、DOHAの計画・承認過程と予算等、具体的な実施手順を示した。
- 2009年、「診断と治療に関する法律」において、改めて「上位レベルの病院の責務として下位レベルに対する医療技術の指導・支援を行わなければならない」と記されている。

2. 「患者集中緩和プロジェクト(2013-2020)」

2013年、保健省を中心とした関連省庁及び各省人民委員会に対して出された首相府決定である。2020年までの達成目標として、ベッド占拠率が120%を超えているハノイ及びホーチミン市の中央病院は100%以下とすること、逆に低利用の郡及び省病院は2020年までに80%を達成すること、患者待ち時間軽減のため医師の1日の診察可能な患者数の制限等、を設定している。上位病院の患者集中の問題を解決すべく、後述の「サテライト病院プロジェクト」、ベッド数増加のための病院施設整備、家庭医制度の導入、プライマリヘルスケア・予防医療の強化、住民に対する啓発活動等、長期的な医療サービスの向上を見据えつつ、患者集中削減への包括的対策を打ち出している。研修の中でも、上位レベルから下位レベル病院への確実な“医療技

術の移転”を行うための研修に焦点を当てている。この2013年に前後して、これまでのDOHA関連の政策文書がより実行可能性を高める方向で改訂されており、その全てにおいて下位レベル病院の要請書とそのため計画・予算の裏付けが求められることとなった。

2013年に「患者集中緩和プロジェクト」が打ち出されて以降、DOHAによる研修活動は“医療技術リスト”に基づいた“技術移転”型が主となっている。2013年前後には以下の“技術移転”型の研修を確実に実行するための保健省決定が出されている（技術移転型の研修については図2）

（1）2013年、「サテライト病院プロジェクト（2013-2020）」

核となる中央病院からサテライト病院と称する省病院に対する技術移転を行い、患者集中の顕著な5領域（外傷外科、循環器、がん、産科、小児科）の強化を図り、地域における患者の良質な保健医療サービスへのアクセスを確保するとともに、中央病院の患者の混雑を緩和することを目的とする。2013-2015年を第一期、2016-2020年を第二期としている。第一期は14の核病院と45の省病院が設定されており、例えば、バックマイ病院はがん領域の核病院となっており、5つの省病院（サテライト病院）を担当している。目標として、技術移転された省病院からバックマイ病院への患者の紹介率が15%以上減ることや、バックマイ病院から省病院へ患者を早く戻すことによって、これまでのバックマイ病院での患者の平均在院日数を減らすこと等が設定されている。第二期は第一期の実績を踏まえて、対象を拡大し、一部プライベート病院もサテライト病院として参加することが決まっている。要請書は省レベル病院が作成するが、そのためニーズ分析や技術移転に必要な前提条件である設備や医療機材、人材、経費の確保の裏付けが省側に求められる（省人民委員会、省保健局及び省病院）。

（2）2012年、「1816プロジェクトにおける研修・技術移転の内容」

本通達は、2008年「医療サービスの質向上のための上位レベルの病院から下位レベルの病院に対する医師の派遣（ローテーション）」（通称1816プロジェクト）の内容をより具体化したものである。これまでの「医療技術の支援・指導」から初めて「技術移転」という言葉を用いた。

（3）2013年、「医師のローテーション制度」

医師に対する下位レベル病院への支援業務を義務化し、より具体的かつ実施可能な実方法を示した。医師は下位レベルの病院からの要請に基づいた研修や技術移転を実施する。

3. 2014年、「医療機関におけるリファラル業務」

「ホアビン省保健医療サービス強化プロジェクト」の成果が政策として反映された通達である。これまでも「病院管理規定」によってDOHAの任務のひとつと位置付けられていたが、具体的な実施方法を示すことで全国に実施の義務を求めた。具体的には、紹介患者の情報管理・報告・会議の実施、紹介患者の症例検討会や患者情報のフィードバック（下位レベル病院の医師の能力向上を目的とする）、患者の安全な搬送等の活動が明示されている。各省がこれらに取り組むことにより、各レベル医療機関の役割を明確化すると同時に連携を強化しながら地域の医療体制整備を図っていくものである（図1）

5. ベトナム医療従事者の研修制度の特徴

1. 医療従事者の研修制度

図2に医療従事者のための研修様式を示す。DOHAの人材育成を目的とした研修は、卒後継続研修（Continuous Medical Education: CME）としても位置づけられている。CMEが導入された2008年以降、DOHAで扱う研修との関係が明確化されている。

図2. 医療従事者の研修の様式

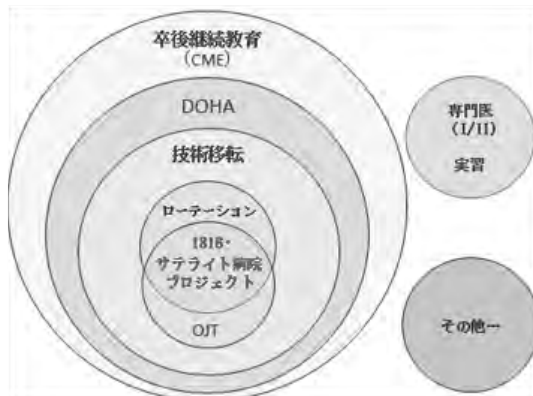


表2. 卒後研修における保健省医療サービス局と科学訓練・研修局の内容・視点

	保健省担当部署	
	医療サービス局	科学技術・研修局
研修の種類／プロジェクト	<ul style="list-style-type: none"> ・技術移転 ・DOHA 活動 ・ローテーション制度 ・1816 プロジェクト ・サテライト病院プロジェクト 	卒後継続教育 (CME)
目的	医療技術の移転	知識・技術の更新
期待される結果	<ul style="list-style-type: none"> ・上位病院の患者集中緩和 ・下位レベルの医療サービス向上 	医療人材の質の担保
最終ゴール	医療サービスの向上	

2. DOHA における研修と卒後継続研修 (CME) の違い

医療従事者の卒後研修における保健省医療サービス局と科学訓練・研修局の内容・視点をまとめたものが表2である。DOHA 関連の政策や活動は医療サービス局及びその下部組織の DOHA/1816 課が担当している。科学技術・研修局は、CME の他に医学基礎教育、専門教育を担当している。

6. まとめ

- DOHA の理念や任務・機能は 1997 年の「病院管理規定」に拠り、現在もその重要性は変わらない。DOHA は病院の使命の一つであり、上位レベルの病院は下位レベルの病院に対する指導・支援を行うことは全ての病院の任務である。
- DOHA は多くの活動を含む概念である。これまで日本が協力してきた分野は、「病院管理規定」で示されている DOHA の任務の具体的な内容 2. と 3. の部分である。北西部省 PJ も同様である。
- ベトナムの医療体制は、中央、省、郡、コミューンの 4 つのレベルが設定され、各レベルに求められる標準的な医療サービスが医療技術リストとして明確化されている。医療従事者の育成制度は、この医療体制の特徴と関連しており、上位レベルから下位レベルの病院への本リストに基づいた研修や支援活動を行う。
- 「患者集中緩和プロジェクト (2013-2020)」によって、医療技術の移転を目的とした研修への比重が高まると同時に、研修の質を担保するために上位レベルと下位レベル病院によって「研修管理サイクル」が適用されている。
- ベトナムの医療従事者の卒後研修は、各医療機関の医療技術を向上させることによる医療サービスの向上という視点である。近年、医療の質への関心の高まりとともに、卒後継続研修 (CME) の重要性から医療人材の質への認識も高まっている。

- DOHA 部の設置は、レベルⅠの病院で義務付けられている。レベルⅠの病院で中央病院である場合は、研修センターを持つため DOHA の機能が研修センターに統合され、研修管理の一元化が図られている。一方で、レベルⅠの病院で省病院の場合は、マンパワーの観点から各病院で組織形態が異なっている。(図 1)
- 通達「医療機関におけるリファラル業務」によって、「病院管理規定」の DOHA の**任務の具体的内容 2.**の上位レベルと下位レベル病院の協働作業がより具体化されている。リファラル患者情報管理・分析やリファラル会議によって、各医療機関の役割分担と連携強化に取り組んでいる。

7. 今後の展望

医療レベルの底上げを目的とした技術移転型の研修においても、これまでの経験や反省から、研修管理サイクルやリファラル患者の情報分析を適用しながら上位レベルと下位レベル病院の協働作業ですすめられる方向が加速している。効果や持続性の観点からは、下位レベルの自発的なアクションが求められ、今後益々下位レベルの能力強化の重要性が高まるであろう。

医療保険の動向も重要である。2016年1月より郡レベル以下のリファラルバリアが撤廃された。2021年には入院患者に限り、国内の省レベルまで自由に医療機関が選択できるという方向が示されている(全額医療保険で支払われる)。これらがインセンティブとなって、下位レベル医療機関は患者中心の医療サービスに取り組む流れがすすむであろう。

北西部省 PJ が目指す DOHA の強化による医療サービスの質の向上は、ベトナムの将来を見据えた省の地域医療体制の確立に向けた活動である。ベトナムは ASEAN 諸国で 2 番目に高齢化が進行すると予測されている³。DOHA の理念のもと、患者集中の緩和のための政策に重点が置かれている今から、地域のニーズを考える取り組みを強化し、医療サービスの質の向上に向けた医療機関の役割分担と連携を推進する取り組みの実例は、他省にも有益だと考える。今後は、「逆紹介」、患者を地域の病院へ戻すことやそのインセンティブ、健康教育や地域でのリハビリテーション等に取り組む必要がある。またその際、日本での医療提供体制整備の経験が参考事例となるであろう。

人材育成については、患者集中緩和のための政策や卒後継続教育の義務化から、DOHA を担当する DOHA 部に研修管理のノウハウが蓄積されるようになった。また、医療の質の向上への取り組みも始まっている。今後は、医療人材に求められる能力の明確化とそのための方針の整備に取り組むことも重要である。

8. おわりに

「北西部省医療サービス強化プロジェクト」は言わば、「省の保健医療機関が一同に会し、互いの棲み分けと連携を明確化しながら、地域の保健医療を形成していくプロジェクト」である。この過程に関わっていると、すでに現場のダイナミックな動きを“DOHA”の語感で反映しきれなくなっている。プロジェクトは残すところ1年、ベトナム保健セクターの将来を見据えつつ、現場の躍動感をもって保健省と仕事ができればと思っている。

【参考文献】

- WHO and MOH Vietnam:
Health Delivery service Profile - Vietnam 2012. http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_vietnam.pdf
- General Statistics Office of Vietnam: Statistical Yearbook of Vietnam 2014: 685, 2014
- 三木博文, 長井圭子: ベトナム高齢化の現状と日本の支援の可能性. こうえいフォーラム 第 23 号:

VIII

カンボジアにおける『根拠に基づいた助産ケア』の導入を通じた助産ケアの質の改善の取り組み

国立国際医療研究センター 国際医療協力局 江上 由里子
福嶋 佳奈子 大石 博子 松本 安代

カンボジアにおける助産ケアの質の向上を目的としたプロジェクトの支援の経緯とその成果について概説する。

インフラ整備、医療施設の整備、助産師養成と全ての保健センターへの助産師配置、分娩報奨金制度を導入して保健センターの助産師の分娩取扱いの動機づけを促進して施設分娩を推進したことで、カンボジアでの妊産婦死亡は2014年に170（出生10万対）にまで削減された。1年のみの教育を受けて勤務している経験の少ない准助産師でも決められた処置を決められたタイミングで行うことで、最大限安全なお産に近づくことを目指したが、今後カンボジアの妊産婦死亡率を更に削減するには、助産ケアの改善が必須である。

妊娠・出産期の女性に対する医療機関での不適切な扱いをなくすこと、観察をもとにした産婦・新生児への個別的なケアを提供することにより助産ケアの質を向上することを目指して、女性を中心としたケア、妊産婦・新生児を十分観察し、状態を評価し、次に起きうることを予測しつつ個別的に必要なケアを提供し、提供したケアを振り返りながらより良いケアの提供を心がけ、妊産婦やその家族・地域に対して個別の状況に応じた情報・教育・ケアを提供することを重視した理想とする助産ケアをプロジェクトで推進し、成果を得た。

カンボジアの既存の研修にケア提供者としての姿勢を組み込むことで「根拠に基づいた助産ケア」の考え方を今後も普及していき、ケアの質が求められる時代に助産の質保障に資するのではないかと考える。

江上 由里子

国立国際医療研究センター
国際医療協力局 医師

小児科医。ジブチ、ホンデュラス、イエメン、バングラデシュ、パキスタン、インドネシアで結核対策や母子保健、難民支援などに従事。カンボジア助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト後半のチーフアドバイザー。



大石 博子

株式会社タック・インターナショナル
助産師

ヨルダンにてJOCVやJICAプロジェクトの専門家として母子保健に携わる。カンボジアの同プロジェクト後半、コンポンチャム州のトレーナーと共に、対象地域への研修の運営とフォローアップを実施。



福嶋 佳奈子

国立国際医療研究センター
国際医療協力局 助産師

カンボジアの同プロジェクトで短期専門家として活動後、現在セネガルの母子保健プロジェクトに携わる。



松本 安代

兵庫県在住 医師

産婦人科医。NGOからの派遣でバングラデシュで臨床医として勤務後、国立国際医療研究センター国際医療協力局に勤務。現在は兵庫県で産婦人科医として臨床に携わっている。



1. 背景

カンボジアでは、助産師を育成して配置したことが妊産婦死亡を大きく削減した。1990年の妊産婦死亡率1200(出生10万対)、合計特殊出生率5.62から、2010年に妊産婦死亡率206、合計特殊出生率2.96に改善し、2013年には妊産婦死亡率が170までに削減された¹。経済発展と貧困削減、特に女子の初等教育の改善などの社会変化とともに、保健分野では内戦後急務であった保健医療人材の育成をすすめ、妊産婦死亡の削減を最優先課題として助産師を育成して全保健施設に配置するとともに、助産師が分娩を取り扱う毎に1件US\$10-15の報奨金が保健施設に支払われる『分娩報奨金制度』を2007年に開始し、施設分娩を推進したことが妊産婦死亡削減に大きな役割を果たした^{2,3}。

カンボジアに対して日本は内戦後間もなく母子保健分野への支援を開始した。1997年に無償資金援助で改築した国立母子保健センターの管理・運営面の支援を行うと共に、そこを拠点に産婦人科医や助産師などの知識と技術力の向上のための活動、および地方の助産師の研修を実施するための体制を整備した。

保健省が推進する地方での助産師育成は、医療者養成学校での教育と州のトップリファラル総合病院および州内の第一次・第二次病院の産科病棟での実習で構成されているが、学校の教員および病院での実習指導者の技術力・指導力の不足が質の高い助産人材育成に際して課題であった⁴。

卒前助産師教育の病院の実習指導者および臨床助産師の技術レベル、教授力、助産ケアの質を向上させる目的で2010年から「JICA助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」を開始した。プロジェクト開始後のベースライン調査では、出産後の産婦へのインタビューにおいて、産婦が「温かいケアを受けた」と感じた一方で、ケア提供者に無視された、非難や叱責を受けた、貧困者に対するケアが富裕者へのケアと差別化された、といった声も聞かれた。また直接観察では、助産師はプロトコルに則った画一的なケアを行っており、ケア提供者の妊産婦に付き添っている時間が短い、胎児心音をほとんどモニターしていない、などの結果も確認された^{5,6}。

本稿では、カンボジアにおける助産ケアの質の向上を目的としたプロジェクトの支援の経緯とその成果について概説する。

2. 経緯

プロジェクトでは、質の高い最善の助産ケアとは何かの概念をカンボジアの関係者と共有して言語化し、それを説明するためのガイドを協働して作成し、その内容を普及させるためのワークショップをプロジェクト対象地域の病院・保健所の助産師を対象に実施して「根拠に基づく助産ケア」への理解と実践を促すというプロセスをとった。

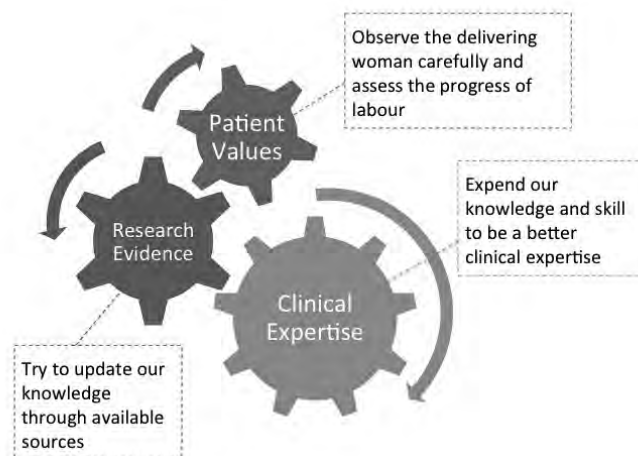
1. 助産ケア概念の共有

助産ケアの基準として、プロジェクトを共に行う国立母子保健センターの医師・助産師と「根拠に基づいた助産ケア」の概念を共有することから始めた。「根拠に基づいた助産ケア」とは“Care in Normal Birth” (WHO)⁷と“WHO Reproductive Health Library”⁸により奨励される現在の最適なケアとし、臨床経験 (Clinical expertise)・入手可能な最良の研究知見 (Best available research evidence)・患者の価値観 (Patient value)の総体である「根拠に基づく医療」(Evidence-based medicine (EBM))に基づくものとして定義し⁹、その後ケア提供者としてのあるべき姿として、知識・技能および最新の知見に加えて産婦の分娩進行を注意深く観察することがよりよいケアにつながるという説明を加えた。

図1. プロジェクトが使用した EBM の説明 (Sackett による)



図2 ケア提供者としてのあるべき姿 (図1の EBM の要素を用いて説明)



同時に、「助産ケア」とは何かを検討し、クメール語で言語化した。クメール語では「ケア」を表現しうる言葉が複数あり、仏教国のカンボジアで理解されやすいよう「仏様の慈愛をもって接するように」という説明で医療従事者としてケアを提供する際の望ましい姿勢を表すと合意した。また理想とする助産ケアとして、女性を中心としたケア (Woman-centered care) として出産プロセスを自分が主体となってコントロールしていると感じるよう、妊娠中から出産を通じて妊産婦をエンパワーすること、および助産師が身体的・精神的・社会的・スピリチュアルに妊産婦を支援するとともに、妊産婦やその家族・地域に対して個別の状況に応じた情報・教育・ケアを提供すること、の二点を重視した。

2. ガイドの作成

国立母子保健センターの助産トレーナーと共に、理想の助産ケアを説明するための『正常妊娠と分娩のための個別的助産ケアのガイド』 (“Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth”¹⁰) を作成した。ここで、質の高い助産ケアとして、母児に寄り添い適切に観察すること、母児の状態を理解して次に起こりうることを予測しつつ適切なケアを提供し、そのケアについて振り返りを行うこと (助産アセスメント) が重要であることも強調した。

3. ワークショップの実施

完成したガイドの内容を普及させるためのワークショップを、国立母子保健センターおよびコンボンチャム州リファラル病院で開催した。コンボンチャム州リファラル病院では、コンボンチャム地方医療者学校の教員や州リファラル病院で実習を担当する臨床助産師がワークショップの講師として選考され、国立母子保健センターの助産トレーナーの助けを借りながらプロジェクト対象地域の病院・保健所の助産師を対象にワークショップを実施して「根拠に基づく助産ケア」への理解と実践を促した。

図3. プロジェクトサイト



プロジェクトの中心は母子保健センター（プノンペン）とコンボンチャム州病院。対象地域の4州は、コンボンチャム、コンホントム、プレイベン、スヴェイリエン。

3. 成果

完成したガイドの内容を普及させるためのワークショップを、国立母子保健センターおよびコンボンチャム州リファラル病院で開催した。コンボンチャム州リファラル病院では、コンボンチャム地方医療者学校の教員や州リファラル病院で実習を担当する臨床助産師がワークショップの講師として選考され、国立母子保健センターの助産トレーナーの助けを借りながらプロジェクト対象地域の病院・保健所の助産師を対象にワークショップを実施して「根拠に基づく助産ケア」への理解と実践を促した。

1. エンドラインサーベイ¹¹

プロジェクト終了時に「根拠に基づいた助産ケア」のワークショップを受講した助産師のケアの状況を明らかにすることを目的に、コンボンチャム州のリファラル病院と国立母子保健センターに勤務する助産師を対象に、提供している出産ケアに対する認識、科学的根拠に基づいた助産ケアの実践状況、その助産ケアに至るアセスメントについて質問票を用いて調査した。正しいアセスメントのもとで科学的根拠に基づいたケアが多くの項目で理解、実施されていた。

同時に、対象病院で出産した女性を対象に、出産体験の満足度、出産ケアや助産師に対する認識について質問票を用いた聞き取り調査を行った。大半の女性が出産体験を肯定的に受け止め、助産師に肯定的な認識をもっていた。次回もこの医療機関で出産したいか、との問いには91%が肯定的に回答していた。これらの施設でそのように出産体験が認識されていることは、「根拠に基づく助産ケア」への取り組みの成果が表れていると推察する一方、依然としてもっとケア提供者にケアをしてほしかった、注意を向けてほしかったといった意見も聞かれた。

さらに、母子保健センターおよびコンポンチャム州病院の助産トレーナーと助産師を対象に直接観察を行った。観察後助産師にインタビューを行い、事例ごとの着眼点として助産師が語った内容を分娩経過に沿って分析した。聴診による胎児モニタリングや産後一時間以内に授乳を開始した割合など、プロジェクト実施前よりも改善しており、また、助産師は各場面で必要最低限の点を抑えて、限られた知識・技術・経験・産婦から得られる情報を駆使してアセスメントを行い、その内容もおおむね妥当であった。妊娠高血圧症候群や破水による感染、弛緩出血、胎児骨盤不均衡といった限定された異常の予測をしてそれに対して重点的な観察と適切な対応を行っている反面、正常例への関心は異常例ほど高くはないように見受けられた。分娩件数が非常に多い病院であるため1人の患者に割ける時間に限界があるものの、ケア提供中の言葉の多くは助産師から産婦への助言であり産婦自身の感じ方・考え方への関心は高いとは言えなかった。

2. 理想とする助産ケアを共に考えたカウンターパートの変化

理想とする助産ケアをプロジェクトと共に考え「根拠に基づいた助産ケア」の概念をまとめ上げた国立母子保健センターの助産トレーナーらは、国立母子保健センターの職員がケア提供者としてあるべき姿を理解できるように、新入職員を対象としたオリエンテーションに『正常妊娠と分娩のための個別的助産ケアのガイド』を導入し、またそれを応用して待遇改善のためのワークショップを職員全員に実施した。

また、コンポンチャムの助産トレーナーらは国立母子保健センターで得た知識・技能を対象州の医療機関の助産師に指導することで自らの学びを更に確実なものにし、州レベルでも実施されるようになった B-EmONC (Basic Emergency Obstetric Newborn Care, 基礎的緊急産科新生児ケア) 研修の講師にもなった。彼らは理想とする助産ケアを理解し、「正常分娩」の講義で「母と子を中心に置いたより良いケア (Women centered care) を提供しなければならない」というケア提供者の姿勢を明確に説明し「助産師は常に母児に寄り添い、温かいお産の場を提供する役割がある」と自分の言葉で述べた¹²。

3. 今後に向けて

助産師を対象とした卒後研修のカリキュラムの改訂に伴い、「根拠に基づく助産ケア」の概念を講義内容に取り込むよう支援した¹³。

1) 保健センター助産師研修

保健センター助産師研修は、保健センターで働く助産師の卒後研修として妊婦健診、分娩時のケア、産後健診に関して学ぶ4週間のコースである。1990年代の JICA の支援で国立母子保健センターが策定したのち、様々なパートナー・NGO により類似した助産師研修が各地で乱立して実施されるようになったため、統一した研修カリキュラムで行うもののみを卒後研修として保健省が認めることとしてカリキュラムの改訂が行われた。プロジェクトが助産ケアの軸として伝えてきた「根拠に基づいた助産ケア」の概念も助産師の倫理規範や助産師のコンピテンシーと共に講義として伝えることになり、1) 個々の女性の身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな状態を把握してケアに反映させること、2) 妊産婦と信頼関係を構築して「自分は産むことができる」という自信を妊産婦に与えて産む力を引き出すこと、3) 臨床的な知識や技術と同時に、人間性と良心をもって妊産婦に接すること、4) 保健サービス提供者として医師や他の職員と協調して相互に信頼できるチームを作ること、を「根拠に基づいた助産ケア」の概念として普及に努めた。

2) 基礎的緊急産科新生児ケア (B-EmONC) 内容の改訂

B-EmONC 研修は分娩助産者の知識と技術向上を目的として、抗生剤の使用、(妊娠高血圧症候群に対する) 抗けいれん剤の使用、産後出血への対応 (子宮収縮剤の使用)、胎盤用手剥離、子宮内遺残物の除去、難産に対する対応 (吸引分娩、

骨盤位分娩)を主な項目として2009年より行われてきた。2015年に研修資料の見直しとトレーナーの再教育が行われ、研修中の「正常分娩」と「パルトグラム」の講義に「根拠に基づいた助産ケア」の概念を含めた。

「正常分娩」の講義では分娩の3要素(3Ps, 娩出力(Power)・娩出物(Passenger)・産道(Passage))の説明に加えて、産婦の状態を観察し産婦を支援することが必要という内容を加え、ケア提供者としてあるべき姿勢をEBMの要素をもとに説明した。

また、今までのB-EmONC研修の「パルトグラム」の講義は子宮口開大、児頭の下降度、母体のバイタルサイン等の書き方が主な研修項目であったが、改訂した講義資料では、妊婦の観察とアセスメントにおけるパルトグラムの必要性を追加し、助産アセスメントの説明を加えた。

図4 助産アセスメントの観点からパルトグラムの意義を説明

パルトグラムは、継続的なプロセスである助産アセスメントの中でデータ収集のあとの分析のために必要であるという説明を加えた



4. 考察

カンボジアで妊産婦死亡・乳幼児死亡率を低減するための政策は、インフラ整備、医療施設の整備、そして助産師養成と全ての保健センターへの助産師配置により、施設分娩を推進することであった。緊急産科新生児ケア(EmONC)、家族計画、安全な中絶、行動変容のためのコミュニケーション(Behavior Change Communication, BCC)、医療へのアクセスの経済的バリアをなくすこと、妊産婦死亡サーベイランスとその対応¹を軸とした政策を実施するとともに、十分な数の助産師を養成して全国すべての保健センターに配置し、分娩報奨金制度の導入で助産師の給与補填を行って保健センターの助産師の分娩取扱いの動機づけを促進することで施設分娩を推進したことが、カンボジアでの妊産婦死亡削減に大きく寄与したと考えられる。地方の一次医療機関で分娩時のケアを提供するのは1年のみの教育を受けて勤務している准助産師であることが少なくなく、経験のない助産師でも決められた処置を決められたタイミングで行うことで、最大限安全なお産に近づくことが求められていた。

Souza JPら¹⁴は、妊産婦死亡率1000以上の第I段階および999-300の第II段階ではインフラ整備や医療施設の整備、医療人材の養成等によって保健医療へのアクセスを改善することが最優先であると分析している。内戦から復興していく過程のカンボジアでは、適切にインフラ整備、医療施設の整備、医療人材の養成と配置を行ったことにより、妊産婦死亡率を削減したといえる。一方、第III段階(妊産婦死亡率299-50)においてさらに妊産婦死亡を削減するにはケアの質の改善が必須としている。2013年に170まで削減されたカンボジアの妊産婦死亡率を更に削減するには、今後は助産ケアの改善が必須である。これから

のカンボジアには、決められたタイミングで決められた処置を行うことを超えて、妊産婦・新生児を十分観察し、状態を評価し、次に起きうることを予測しつつ個別的に必要なケアを提供し、提供したケアを振り返りながらより良いケアの提供を心がける助産師である。

Bohren MA¹⁵は、しばしば医療機関で妊娠・出産期の女性が粗雑な扱いや叩かれる等の肉体的虐待や言葉の虐待を受け、差別や偏見を持たれる、適切なインフォームドコンセントやプライバシーの保護のないまま医療行為が行われる、医療従事者との会話や支援がないなど、不適切な扱いを受けていると指摘している。プロジェクトは、これらの妊娠・出産期の女性に対する医療機関での不適切な扱いをなくすこと、観察をもとにした産婦・新生児への個別的なケアを提供することにより助産ケアの質を向上することを望み、カンボジアの既存の研修にケア提供者としての姿勢を組み込んだ。

「根拠に基づいた助産ケア」の考え方を今後も普及していき、助産師が個別的な質の高いケアを提供することが、助産の質の保障に資する、ひいてはさらなる妊産婦死亡および新生児死亡の削減に資すると考える。

【参考文献】

1. Success Factors for Women's and Children's Health, Cambodia.
http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/cambodia_country_report.pdf
2. Fujita N, Abe K, Rotem A, Tung R, Keat P, Robins A, Zwi AB. Addressing the human resources crisis: a case study of Cambodia's efforts to reduce maternal mortality (1980-2012). *BMJ Open*. 2013 May 14; 3 (5)
3. Liljestrand J, Sambath MR. Socio-economic improvements and health system strengthening of maternity care are contributing to maternal mortality reduction in Cambodia. *Reprod Health Matters*. 2012. Jun; 20 (39):62-72.
4. JICA 人間開発部 . カンボジア王国助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト 詳細計画策定調査・実施協議報告書 2010年5月
5. JICA Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development. Baseline Survey on Evidence-Based Midwifery Care in Cambodia. December 2011.
6. 野口真貴子、小山内泰代. カンボジア王国における病院勤務助産師の分娩期ケアー JICA カンボジア国助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクトにおける調査より - 第 77 回日本民族衛生学会総会, 東京, 2012.11.
7. WHO. Care in normal birth: a practical Guide. 1996 http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1
8. WHO Reproductive Health Library <http://apps.who.int/rhl/en/>
9. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS et al. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. London: Churchill-Livingstone, 2000
10. JICA Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development. Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth. December 2011.
11. JICA Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development. End-line Survey on Evidence-Based Midwifery Care in Cambodia. August 2015.
12. 松本安代 . カンボジア助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト短期専門家業務完了報告書 2014年12月
13. 松本安代、福嶋佳奈子、高橋優子、大石博子、江上由里子 . カンボジアにおける『根拠に基づいた助産ケア』の導入を通じた助産ケア改善の取り組み 日本国際保健医療学会雑誌 2015. 30 (4) 279-286
14. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, Say L, Gülmezoglu AM, Temmerman M. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG*. 2014 Mar;121 Suppl 1:1-4.
15. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, Aguiar C, Saraiva Coneglian F, Diniz AL, Tunçalp Ö, Javadi D, Oladapo OT, Khosla R, Hindin MJ, Gülmezoglu AM. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 2015 Jun 30;12(6):e1001847.

ラオスにおける保健医療専門職の質向上への取り組み - 人々の安全を守る、資格免許制度の確立に向けて

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

園田 美和

JICA ラオス母子保健人材開発プロジェクトでは、保健医療専門職資格免許制度戦略（Strategy on Healthcare Professional Licensing and Registration in Lao P.D.R 2016-2025）の策定に取り組んだ。本戦略は、2016年から2025年までの10年間をかけて、資格免許制度構築と、その効率的で効果的な実施を目指すための指針である。実際に、日本やASEAN近隣諸国の制度を参考に、日本人・第三国専門家も交えた関係者による検討を重ね、2015年12月に保健省令として発効された。本稿では、当プロジェクトで支援した、ラオス保健医療専門職の資格免許制度構築に向けた支援の概要と、戦略の実施における課題や今後の展望について述べる。

1. はじめに

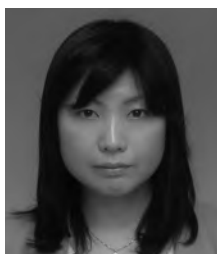
2012年2月から2016年2月の間で実施された、JICA ラオス母子保健人材開発プロジェクトは、国立国際医療研究センター国際医療協力局から看護職の長期専門家（チーフアドバイザー2名）と短期専門家（看護管理、複数回）を派遣し、プロジェクト活動の運営実施、技術的指導・助言を行ってきた。本稿では、当プロジェクトで支援した、ラオス保健医療専門職の資格免許制度構築に向けた支援の概要と、戦略の実施における課題や今後の展望について述べる。

2. ラオス保健医療専門職資格免許制度にかか る現状

1. ラオス保健医療専門職を取り巻く課題

ラオスにおける保健人材の質的量的不足は、主要な保健課題の一つとなっている。WHOは、人口1,000人あたりの保健人材配置が2.3人以下の国々を危機的状況としているが¹、ラオスでは同数値が0.53人に留まっている。ラオスには保健人材育成機関の教育機能担保制度はなく、医師や看護師といった保健医療専門職の資格免許制度も存在しない。

2015年より開始されたASEAN経済共同統合体において、ASEAN相互認証協定（Mutual Recognition Arrangement, MRA）において、医師、歯科医師、および看護師の域内移動を可能にしている。これにより、ラオスにおいても、保



園田 美和

国立国際医療研究センター
国際医療協力局 看護師
.....
2007年に国立国際医療研究センター国際医療協力局に入局。JICA ミャンマー主要感染症プロジェクト短期専門家派遣（安全血液、2008）、JICA ベトナム保健医療従事者の質の改善プロジェクト長期専門家派遣（看護管理 / 研修管理、2010-2012）、JICA フィリピン看護分野基礎情報収集調査派遣（技術参与、2013）厚生労働省医政局看護課（2013-2014）、JICA ラオス母子保健人材開発プロジェクト（チーフアドバイザー、2014-2016）等に従事している。

保健医療専門職に求められる資質（コンピテンシーの明確化）や、資格制度の整備が求められている。

ラオス政府は、2020年までの低開発国からの脱却を目標として挙げており、このゴールを達成するために、保健セクターリフォームフレームワークにおいては²、保健医療サービスデリバリー、病院管理、保健医療人材、保健医療財政、ガバナンスと連携、保健情報システムを主な目標として掲げている。質の高い保健医療サービスの提供においては、医療サービスの質を改善・保証し、管理における基準整備の必要がある。

2. ラオスの保健医療専門職にかかる法的基盤の現状

ラオスでは、保健医療専門職の試験による資格免許制度は存在していない。2005年より施行されたヘルスケア法（Law on Health Care）では、保健医療専門職に必要な条件や、医療専門職評議会（Health Professional Council）について定めているが、国家試験に基づく免許と登録制度は義務では無かった。保健医療専門職は、各教育機関の卒業と、保健省による公的保健医療機関への雇用をもって、各専門職の業務に従事している現状である。このため、保健医療機関で働くラオス人、または外国人は、適切な知識・技術・態度を備えているかどうか証明ができない。また、真の保健医療専門職であるかどうかを保証する手段は、卒業証書以外には無い。

また、改正版ヘルスケア法（Decree of the Law on health care No58/, Date 24 December 2014）³においては、国家免許制度や、保健医療専門職評議会の免許の発行の審査を行う役割が新たに規定された。

尚、私立クリニック開業許可を目的とした、医療従事者証明書については、保健省から2014年より発行されている。

3. 保健医療専門職資格免許制度構築の必要性

全てのラオス国民に質の高い保健医療サービスを提供することは、ラオスにおける優先課題である。そのために、患者中心の、安全な質の良いサービスを提供できるような保健医療専門職が必要である。これらの目標達成に向け、保健医療専門職の資格と能力を保証し、また、能力の継続的な維持・向上に努めていくために、保健医療専門職の資格免許制度構築に向けた、法的基盤の整備が必要である。またそれは、保健医療専門職と患者の、双方の権利と利益を保証することにも寄与する。

3. 免許制度戦略文書策定にかかる取り組みの実際

1. JICA ラオス母子保健人材開発プロジェクト概要

ラオスの保健人材数は約15,000人であるが、そのうち看護師は約5,700人と保健人材の大きな割合を占めており、ラオスの健康課題に必要な保健医療サービスを提供するために、能力の高い看護師の育成が求められている。JICA ラオス母子保健人材開発プロジェクト（2012年2月～2016年2月）では、「均質で質の高いサービスを提供するための看護人材育成システムが強化される」ことを目標に、①看護の質を規定するためのシステムの開発と制度化、②保健医療人材育成機関の能力強化、③関係機関間の調整メカニズム強化の3つをプロジェクト成果とし、活動に取り組んできた。

本文で述べる免許制度構築支援以外にも、具体的には、看護師コンピテンシーや看護業務範囲ガイドライン等の各種規定の策定、カリキュラム策定や教員能力強化等の看護教育の質強化、看護サービスの改善等に取り組んでいる。

2. 保健医療専門職資格免許制度戦略策定への取り組み

プロジェクト成果1の活動1.7「看護師の国家試験を含む国家試験免許制度の枠組み開発を支援する」ことの具現化として、免許制度の政策と戦略の策定に取り組んできた。本戦略は、2016年から2025年までの10年間をかけて、保健医療専門職の資格免許制度構築と、その効率的で効果的な実施を目指すための指針である。実際に、日本やASEAN近隣諸国の制度を参考に、日本人・第三国専門家も交えた関係者による検討を経て、完成された。

保健副大臣を始めとする保健省と健康科学大学の関係者は、日本の厚生労働省、タイ・カンボジア・インドネシアの保健省や医療専門職カウンスル等を訪問し、各国の保健医療専門職資格制度の実情について、現地で理解を深めてきた。また、日本人長期専門家以外にも、日本の厚生労働省や、タイ・オーストラリアの大学関係者等も短期専門家として招聘され、国家試験と免許制度策定に関する技術的助言を行ってきた。

ラオスでは、保健省の各関係部局（ヘルスケア局、研修研究局、人材局、官房等）、保健科学大学（医学部、歯学部、看護学部）、国立病院の関係者や有識者等で構成された、免許制度にかかる政策策定の検討会を実施してきた。2015年3月から12月までに、10回以上の検討会議、3回のリトリート会議にておいて、政策・戦略文書草案を策定した。また、2015年7月には、副大臣が議長を務める全国ヘルスケア会議での草案への意見聴取、8月に保健省各局代表等を交えた草案への意見聴取会議を開催した。

それらで指摘された意見を踏まえて修正後、11月に保健大臣と副大臣を交えた諮問会議を開催し、2015年12月3日に保健大臣承認を受け、Strategy on Healthcare Professional Licensing and Registration in Lao P.D.R 2016-2025 (Ministerial Decree, No.2098/03.December.2015) として公布された。

4. Strategy on Healthcare Professional Licensing and Registration in Lao P.D.R 2016-2025 の概要について（以下 Strategy より一部抜粋と和訳）⁴

1. 施行における基本原則

- ① 保健医療人材開発戦略やヘルスケア法に基づき、ラオスにおける保健の優先課題に対応するものである。
- ② ヘルスシステムの現状及び、医療分野における科学技術の進歩に関する今後の方向性と一致しているものである。
- ③ ジェンダー、少数民族、都市および地方の平等性を確保し、保健医療専門職の多様性を尊重するものである。
- ④ 地域および国際的な協力・共同原則のゴール、期待、および約束の達成を目指すものである。

2. ゴール

各保健医療専門職は、より良い保健サービスの提供と、保健アウトカムの改善に寄与するために、それぞれの職責に基づく資格制度で定める必要な専門基準を備える。

3. 目的

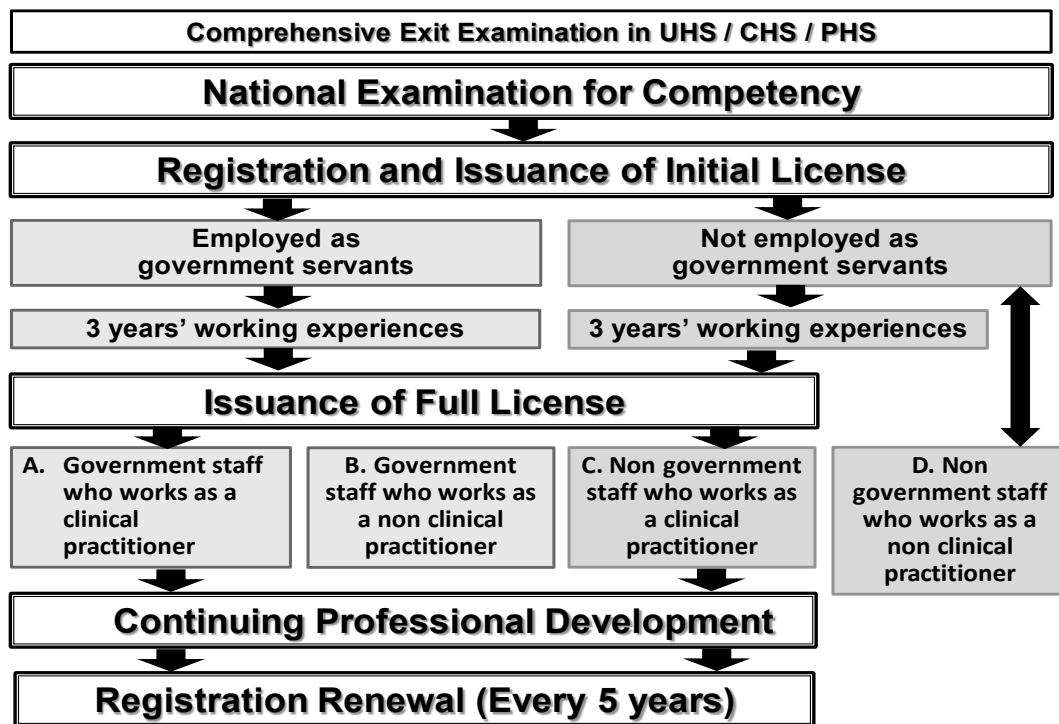
保健医療専門職評議会の責任に基づき、保健医療専門職免許登録制度に関する法的枠組とメカニズムを、実施・強化する。

4. 戦略

- ① 保健医療専門職評議会（Healthcare Professional Council）の組織と機能を強化する

- ② 保健医療専門職の資格免許制度の法的枠組みを整備する
- ③ 保健医療専門職免許取得のための国家試験を実施する
- ④ 保健医療専門職の免許発行と登録に関する基準と方法を構築する
- ⑤ 保健医療専門職の登録更新要件として必要な、継続教育システム（Continuing Professional Development system, CPD）を構築する
- ⑥ 保健医療専門職の免許情報管理システムを開発し、また、広報活動を強化する

図 1. 資格免許制度のフロー



免許付与と登録の過程は、教育機関により実施される卒業試験に基づく、学位の授与から始まる。学位を授与された卒業生は、医療従事者評議会（以下、カウンシル）の監督の下に実施される、国家資格免許試験を受験する権利を有する。国家試験は、定められた各専門職の業務範囲内における、専門的能力の有無を証明することを目指している。国家試験を合格し、かつ、倫理規範等の他の基準を満たす者は、イニシャルライセンス（初期免許）を取得することができ、各専門職のレジストリに登録される。その後、公的医療機関、または、私立医療機関のいずれかにおいて、3年間の研修を修了した場合、フルライセンス（免許）が付与される。ラオスの政府の方針に基づき、地方における3年間の研修を修めた者は、自立して業務ができるとみなされ、免許取得に関する評価は免除される。それ以外の者は、免許取得に必要な能力評価（インタビュー等）により、判断される。各専門職として必要な知識と技術を確保するために、保健医療専門職は、カウンシルにより承認された継続教育活動への参加状況に基づき、5年毎に登録を更新する必要がある。免許を付与された専門職のうち、患者への医療に携わっていない者や（行政官等）、また、登録更新要件を満たしていない者は、免許を保持することは可能だが、業務実践のための条件でもある、各専門職レジストリへの登録はできない。

5. 戦略の実施における各課題とこれまでの議論と展望

本戦略策定の過程において、今後予測される様々な課題についての議論がなされてきた。主な議論と、これまでに検討された方向性について、簡潔にまとめる。尚、これらの事項は今後、各規則や運用ガイドラインの策定において、より深い検討がなされ、具現化・明文化されていく予定である

1. 制度運用への課題

① 関連法規・制度策定

資格免許制度の構築に向けて、関連法規の整備は必須であり、制度運用の基本的な土台となる。特に、各医療専門職の関連法規の策定について、検討をしていかなければならない。ヘルスケア法は、全保健医療専門職に共通する基本的事項のみを定めるものの、保健医療専門職の教育に関する規則や、業務範囲を定める規則等は、それぞれ個々に存在し、医療専門職毎に系統的に策定されていない。例えば、日本では、医師法、看護師法等で、それぞれの保健医療専門職に関する、資格・教育・業務範囲等が定められている。この様に、ラオスでも、個々の保健医療専門職関連法規の整備の必要性も協議されているところである。

系統的な法規整備のために、まずは、現制度における既存の規則類を収集し、全体像を把握するところから開始する必要がある。効果的な議論を促進するためにも、法規集を持つことは必要である。JICA 母子保健人材開発プロジェクトにおいても、看護助産関連法規集を作成し、資格免許制度戦略策定の議論の際に、関連法規を参照する様な活動を促進してきた。

② 制度運用のための組織体制強化

保健医療専門職カウンシルの組織化と、その役割の決定が急務である。カウンシル傘下の各専門職ボードの設立や、規則策定、国家試験、免許発行・登録にカウンシルがどれだけの実務を担うことができるのか、実際的な案を検討中である。

③ 必要な財源の確保

本戦略の確実な実施を担保するために、必要な財源の確保と、予算運用のメカニズムを構築することも、活動の一部となっている。ラオス保健省は、Health Care Reformative Plan (2016-2020) の草案において、“the project on the national examination for health professional registration in both public and private sectors”、を活動計画の一つにあげ、必要な予算を計上申請している⁵。また、各受験者から国家試験受験料の徴収や、合格後の免許申請料の徴収も併せて計画されている。

④ 卒前・卒後教育を含む継続教育制度の強化

資格免許制度の目的の一つは、保健医療専門職の生涯に渡る能力強化である。その為には、質の高い卒前教育の実施、国家試験による能力評価、新卒研修による臨床実践能力獲得に向けた修練、卒後教育による能力の維持・向上が期待される。このうち、卒前教育以外はラオスに存在しない新しい制度であり、各段階の制度構築が必要である。また、母子保健人材開発プロジェクトにおいては看護教育を強化してきたが、教員の量的不足や教育資機材の不足等の課題は残る状況であり、更なる改善が期待される。

⑤ 新制度への国民の理解の促進

新しい資格免許制度に導入において、保健医療専門職のみならず、国民全体の理解を得ることが必要である。国家試験の合格以外にも、欠格事由（心身の障害、薬物依存、犯罪・不正行為等）が無いことが、免許付与の条件となることが検

討されており、保健医療専門職の適性を確保することにつながる。安全な医療を国民に提供していくために資格免許制度があることを、国内外に広く発信していく必要がある。

⑥ ステークホルダー間の調整・協働

JICA や WHO をはじめとする開発パートナーが、各戦略を連携・協働して確実に実施していくための調整等も必要である。

2. 資格免許制度内容の検討における課題と注意点

① 初期免許取得後の3年間の新卒者研修、5年間の免許更新頻度

ラオスでは地域の保健医療専門職が不足しており、ミレニアム開発目標の達成に向け、地方に保健医療専門職を配置した。公務員として雇用された新卒の保健医療専門職の3年間の地方勤務を、義務化としている（保健省令 103/MOH, 23 Jan 2012）⁶。また、改正版ヘルスケア法でも、保健医療専門職の条件として、3年間の保健医療施設における勤務経験が義務付けられている。

3年間の臨床研修期間は、全職種において同様である。しかし実際には、2.5年間の卒前教育を受けた中級レベルの看護師と、6年間の卒前教育を受けた医師では、それぞれの業務範囲は異なり、また、各専門職に必要な臨床研修の期間も異なるであろう。全専門職一律に3年間の新卒研修を行う必要性については、関係部局間で多くの議論を重ねてきたものの、最終的には、現行のヘルスケア法で定める3年という期間に従うことが結論付けられた。

教育機関を卒業したばかりの新卒の保健医療専門職にとって、一人で考えて判断し、保健医療行為を実施するのは、日本でもラオスにおいても困難である。数年に渡る臨床研修を受けても、それだけでは困難なことも多く、生涯に渡る専門的な能力強化が必要である。現在、新卒者研修の内容や配属保健医療施設の基準、研修中に到達すべき能力レベル、指導者の条件等は何も規定されていない。僻地における人材不足に関する全体的な政策と関連して、新人研修の在り方を検討していく必要がある。

更に、今後何年間で地方への保健医療専門職の配置が充足されるのか、需給の見通しをつけていくことも重要である。地方に保健医療専門職が充足された場合、新卒者の3年間の地方勤務制度の必要性が無くなっていく事も予測されている。将来的には、3年間の研修と2段階の免許獲得について、再考する必要性が生じる可能性もある。

ラオスで保健医療サービスの質の担保を考えた時に、免許更新制度を取り入れる必要があることが検討された。しかし、近隣諸国の制度も参考に5年毎の登録更新を設定したものの、その全国的な運用は複雑となることが予測される。また、制度の運用においては、保健医療専門職の登録期限を、保健医療施設や保健局レベルで定期的に確認できるシステムの導入等も必要である。

② 外国人、外国の保健医療教育機関を卒業した者への資格免許制度

昨今、外国系のクリニックや病院がいくつか開院し、外国人保健医療専門職の増加が懸念されている。適切な資格や基準を備えた、ラオス保健省が認可するラオス人・外国人の保健医療専門職が、ラオスの保健医療の現場で雇用されていくためにも、資格免許制度の構築と実施が急務である。現時点では、外国の教育機関を卒業した者もラオス人と同様に、国家試験をラオス語で受験することが検討されている。

③ 新卒・既卒者への免許交付

新卒者への免許交付と、既に保健医療機関で雇用されている既卒者への免許交付を、区別して検討している。前者については、新制度に基づき、国家試験を通して資格免許を取得する必要がある。後者については、3年以上の保健医療機関での勤務経験や、欠格事由の有無等の一定要件を確認したうえで、免許を交付することが検討されている。しかし、更新条

件は両者とも同等である。

④ 少数民族出身者への対応

ラオスには48の少数民族が存在する。彼らの集落は主に僻地の山間部に点在しており、独自の言語をもつ。村落に住む保健医療専門職等を養成し、確保していくことは政府の方針である。このため、保健医療学校には、少数民族出身の保健医療専門職の入学枠が設けられているが⁷、これらの者の基礎教育水準は低いこともあり、将来的に、国家試験の可否に影響することも懸念されている。ラオスの現状に即した対応を検討する必要性もあると考える。

⑤ 看護師、准看護師資格制度の検討

国際標準の看護教育期間は、(12年間の基礎教育終了後の)3年以上である。このため、将来的に3年以上の教育(3年制の上級ディプロマ課程と4年制の学士課程)を受けた者を看護師、3年未満を准看護師とすることを、現在検討している。2015年より、2.5年制のディプロマ教育課程を実施していた4校が、3年制の上級ディプロマ課程にアップグレードされた。全国10校ある看護教育機関のうち、8校では3年以上の看護教育課程が導入され、主流となりつつある。

6. 結論と教訓

資格免許制度枠組み構築支援においては、日本や近隣諸国の制度を参考にしつつも、ラオスの現状に即した制度構築に向けた戦略を、ラオス人達を中心となって策定すべく、活動を進めてきた。専門家から提示した政策案をもとに、ラオス人達と時間をかけて対話を重ね、ラオスで必要かつ実施可能な制度を模索してきた。特に、プロジェクトの主なターゲットである看護師以外に、医師や歯科医師の行政・大学関係者も交えて議論を進めたことで、各保健医療専門職共通の基盤をもつ制度構築に向けた議論が実施できたと考える。

保健医療従事者数が量的に不足しているラオスにおいては、「資格免許制度確立によって、国外への貴重な人材流出を促進し、量的不足が悪化するのではないか」、との指摘も受けることがあるが、これは以下の理由により、現時点では問題では無いと考える。第一に、公的医療機関が医療機関の多くを占めるラオスでは、公務員枠は政府の一般財源状況で決定され、保健医療専門職の雇用枠を増やすことは困難な状況にあり、卒業後に医療機関で就職できない新卒者が多い現状がある⁸。第二に、ラオスの基礎教育や保健医療教育水準の低さ、外国語習得状況の低さにより、ラオスの保健医療教育機関を卒業後、外国で就職している医療従事者は、ほぼ皆無という現状である。

資格免許制度の確立は、保健医療教育機関の卒業生の質を保証し、資格取得後も継続教育により能力研鑽を続けていく土壌となり、倫理面で問題のある者から免許をはく奪できるシステムとなる。更に、現在増えている外国人医療従事者の流入を規制する正当な根拠にもなり、ラオスの保健医療の質を保証・改善するうえで、絶対的に必要なものであると言える。最後に、「免許とは、人々の安全のために一般の人には禁止している行為を特定の人だけに許可するもの」であり、「免許を与えられた人は人々の安全を守ることができる知識と技能があると認定された人」⁹であることを、申し添えたい。

資料 1. 保健医療専門職資格免許制度戦略フレームワーク
Frame work of Strategy for the Licensing system for healthcare professionals

Goal	Healthcare professionals meet the professional standards required for licensing and registration as healthcare professional in their respective discipline leading to improved health services and better health outcomes.					
Objective	Strengthening and implementing the regulatory framework and mechanism for licensing and registration of the healthcare professionals under the responsibility of the Healthcare Professional Council.					
Strategy	1) Strengthen organizational capacity of the Healthcare Professional Council.	2) Develop the legal and regulatory framework for the licensing and registration system for healthcare professionals.	3) Implement national licensure examination for healthcare professionals.	4) Formulate standard and procedures for issuing professional license and registering healthcare professionals.	5) Develop a system for implementing continuing professional development (CPD) that meets the requirements for renewal of registration of healthcare professionals.	6) Develop the information management system for licensing and registration of healthcare professionals and strengthen public communication.
Priority actions	<p>1-1. Appoint the President, Vice President and members of the Healthcare Professional Council and its professional Boards.</p> <p>1-2. Revise the regulation of Healthcare Professional Council No:033-MOH Date 24 January 2007 (Including its TOR, authority and accountability)."</p> <p>1-3. Identify and provide required technical and training support for operating licensing and registration system for healthcare professional.</p> <p>1-4. Develop financial management system for operating the licensing system and registration for healthcare professional and identify funding sources and partnerships to ensure sufficient resources as may be required.</p>	<p>2-1. Establish committees and working groups to review revise and develop the legal and regulatory framework for the licensing and registration system in line with relevant legislations.</p> <p>2-2. Make plan to implement the approved legal and regulatory framework for licensing and registration system for health care professionals</p> <p>2-3. Disseminate and advocate the enacted legal and regulatory framework to promote the implementation of the licensing and registration system for healthcare professionals nationwide.</p>	<p>3-1. Set up National Examination Committees for all categories of healthcare professionals.</p> <p>3-2. To formulate outline of the National Examination to certify Competency for initial license, including, the scope of examination, subjects and topics to be included, frequency of examinations, types of test (MCQ, OSCE, etc.), method of test (paper, computer-based etc.) and the criteria passing score or rate.</p> <p>3-3. Develop table of specification (blue print) for each examination, design and pilot test with samples of target groups.</p> <p>3-4. Manage the implementation of the national licensing examinations to certify Competency for initial license in cooperation with the educational institutions with particular attention to the timing of the examination, the required logistic and supervision support and the announcement of the test results.</p>	<p>4-1. Determine the process and standard for issuing professional license and registering to new graduates who graduated in Laos and foreign country, practicing healthcare professionals and foreigner who's willing to work in Laos P.D.R.</p> <p>4-2. Develop the process and standard for issuing professional licenses and registering guidelines and provide training for officers in charge of the administration of issuing license and registration of healthcare professionals.</p> <p>4-3. Trial the procedures for issuing professional license and make necessary adjustments to ensure efficient and transparent application.</p> <p>4-4. Manage the licensing and registration system according to the approved procedures and operating guidelines.</p>	<p>5-1. Determine the CPD requirements for renewal of registration including the type of learning activities and the number of credit points required within 5 years of registration.</p> <p>5-2. Identify institutions and other groups which are providing CPD and explore what they could offer currently and in the future and the support they may require optimizing their contribution.</p> <p>5-3. Develop criteria and standard for approval of CPD activities for renewal of registration.</p> <p>5-4. Estimate the cost of implementation of CPD activities and define financial sources.</p> <p>5-5. Make contract with approved institutions and health facilities for delivery of CPD activities and determine procedure for monitoring and evaluation.</p>	<p>6-1. Develop and manage the national registry (database) for licensed health care professional.</p> <p>6-2. Explore ways of integrating and/or linking the national registry (database) for licensed health care professional with existing Health personnel and Training databases maintained by the Department of Health Personnel and the Department of Training and Research to avoid unnecessary duplication and promote accurate and efficient information system.</p> <p>6-3. Compile and disseminate annual reports, including statistics concerning the licensing and registration of health care professionals.</p> <p>6-4. Disseminate and advocate information concerning licensing and registration through multimedia sources.</p> <p>6-5. Monitor and evaluate the level of awareness and understanding concerning the licensing and registration system and take steps to address identified gaps to ensure better understanding.</p>

<p>Target by 2020</p>	<p>Organizational structure of the Healthcare Professional Council is clearly defined including TOR of all divisions and professional boards.</p> <p>Professional Boards for Medical doctor, Dentist and Nurse are established under the authority of the Healthcare Professional Council.</p> <p>Financial management system for operating the licensing system is established.</p> <p>Office of the Healthcare Professional Council is equipped with necessary equipment and facilities.</p> <p>Orientation and training is provided to the leadership and members of the Healthcare Professional Council.</p>	<p>Approved legal and regulatory framework for implementing the licensing and registration system for Medical doctor, Dentist and Nurses is implemented.</p> <p>Dissemination and advocacy workshops and other activities to promote the legal and regulatory framework are implemented in central and provincial level.</p>	<p>Document describing the Procedures and mechanism is available for administration of licensing exams are in place.</p> <p>National licensing examination to certify Competency for initial license is implemented for Medical doctor, Dentist and Nurse.</p>	<p>Completed issue of healthcare professional license for more than 80% of Medical Doctor, Dentist and Nurse who work as clinical practitioners in private health care facilities.</p> <p>Completed issuing healthcare professional license for more than 60% of Medical Doctor, Dentist and Nurse who work as a clinical practitioner in the governmental healthcare facilities.</p> <p>Completed issuing the healthcare professional license for more than 90% of foreign Medical Doctor, Dentist and Nurse who work as a clinical practitioner in the private and public health care facilities. (Practitioners with valid license of their country of origin)</p> <p>Completed 100% for issuing the temporary license for relevant foreign health care practitioners in private and public health facilities.</p>	<p>CPD trainings for Medical Doctor, Dentist and Nurse are developed and approved by the Healthcare Professional Council.</p> <p>CPD trainings for Medical Doctor, Dentist and Nurse are implemented under the guidance of the Healthcare Professional Council.</p>	<p>The national registry (database) for licensed healthcare professional is developed and operational.</p> <p>Multi-media communication tools for licensing and registration system are developed and applied. (Website, poster, handbook etc.) .</p>
<p>Target by 2025</p>	<p>All other professional boards are established in the Healthcare Professional Council.</p>	<p>Approved legal and regulatory framework for implementing the licensing and registration system for all healthcare professionals are implemented.</p> <p>Dissemination and advocacy workshops and other activities to promote the legal and regulatory framework are implemented in central and provincial level.</p>	<p>Revise document describing the Procedures and mechanism is available for administration of licensing exams is in place for all categories of healthcare professionals.</p> <p>National licensing examination is implemented for all categories of healthcare professionals.</p>	<p>Completed issuing the healthcare professional license for 90% of healthcare professionals who work as a clinical practitioner in the private healthcare facility.</p> <p>Completed issuing the healthcare professional license for 80% of healthcare professionals who work as a clinical practitioner in the governmental health care facilities.</p>	<p>CPD activities for all categories of health professionals are developed and approved by the Healthcare Professional Council</p> <p>CPD activities for all categories of health care professionals are implemented under the guidance of the Healthcare Professional Council.</p> <p>Registration renewal is started for healthcare professionals who meet the criteria.</p>	<p>An annual statistics report on healthcare professionals is published and disseminated</p>

【引用文献】

1. The World Health Report, 2006, WHO. <http://www.who.int/whr/2006/en/>
2. Health Sector Reform Framework, Lao. P.D.R. 2013-2015., MOH
3. Law on Health Care, 032/PM, 30, Jan, 2015
4. Strategy on Health Care Professional Licensing System in Lao P.D.R 2016-2025, (NO.2098/MOH, December, 2015)
5. The Report of Implementation of Health Care Reformative Plan of 2013-2015 and Health Care Reformative Plan 2016-2020 (No. 0870/DHC, 01, Jul, 2015)
6. Agreement of the Minister for Health on the Stationing of New Graduates in Rural Areas (No. 103/MOH, 23 Jan 2012)
7. The Report from Health Education Institutions year 2013-2014 and Plan for year 2014-2015
8. Lao People's Democratic Republic Health System Review, 2014, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/hits/series/Lao_Health_System_Review.pdf
9. 田村やよひ, 2008年, 日本看護協会出版会. 私たちの拠りどころ 保健師助産師看護師法

テクニカル・レポート vol.09

アジアの開発途上国における医療の質の改善への取り組み

執筆者

和田 耕治	国立国際医療研究センター	国際医療協力局
村井 真介	国立国際医療研究センター	国際医療協力局
五十嵐 恵	国立国際医療研究センター	国際医療協力局
伊藤 智朗	国立国際医療研究センター	国際医療協力局
土井 正彦	国立国際医療研究センター	国際医療協力局
稲岡 希実子	国立国際医療研究センター	国際医療協力局
高島 恭子	ベトナム国北西部省医療サービス強化プロジェクト	
江上 由里子	国立国際医療研究センター	国際医療協力局
園田 美和	国立国際医療研究センター	国際医療協力局

監修

和田 耕治
村井 真介

発行

2016年3月

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター

国際医療協力局

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

Tel: 03-3202-7181

Fax: 03-3205-7860

email: info@it.ncgm.go.jp

www.ncgm.go.jp

Technical Report



National Center for
Global Health and Medicine, Japan
Bureau of International Health Cooperation



9784909675293