

結核対策における人材養成—結核予防会結核研究所の取り組み

下 内 昭

Human resource development in tuberculosis control: Work and role of the Research Institute of Tuberculosis, Japan Anti-Tuberculosis Association

Akira SHIMOUCHI

1. はじめに

結核は世界的に依然として公衆衛生上の重要な疾患の一つであり、ほとんどの開発途上国で死亡順位の上位を占めている。さらに最近では人口増加、特に貧困層の増加、HIV感染の拡大、公衆衛生活動の低下によって、世界の結核患者は増加している。これに対し各国で結核対策を推進していく人材を育成する事は重要な課題である。結核予防会結核研究所で行われてきた結核国際研修は、1963年に開始され、今年で37年を迎えた。集団研修として当初は胸部外科コースも開設されていたが、現在は以下に述べる3コース、および個別研修が行なわれている。

研修を受けた医師、技術者は、1999年12月現在で総計1,396名に及び、世界の81カ国で活躍している。この数はこの種の研修事業の中で、わが国はもとより、世界的にも最大規模の実績といえる。ここには日本人57名も含まれているが、そのほとんどが国際協力で活躍している。世界中の結核関係者が集まる世界結核肺疾患学会（IUATLD）でも本研修の卒業生が多数出席しており、結核医療従事者の人づくりにおいて、結核研究所は、国際的にも責任が増してきている。

国際結核研修の目的は、研修生個人の知識、技術、資質を向上させることによって、当該国の結核対策を改善・推進することである。

2. 結核対策国際研修の歴史・背景

結核対策国際研修が始まった1960年代は、東京オリンピックの開催を間近に控え、日本の経済成長期にあたり、海外との交流も活発となった時期であった。このような時代を背景として、それまでに、四半世紀に渡る結核予防会国内研修事業の経験の上に、1963年5月、コロポ計画に基づく政府委託事業として、当時の海外技術協力事業団（OTCA、現国際協力事業団JICA）と予防会の委託契約の

形で国際研修が発足した。当時の結核研究所と付属病院（現複十字病院）職員のみならず結核予防会本支部一丸となつての熱心な協力により、この国際研修が順調に育ってきた。

3. 結核対策の変革

国際研修が行われた過去37年の間に結核対策自体も大きく変化してきた。

「かつては、結核問題はその有効な予防、診断・治療の技術さえあれば片づくものと考えられて来た。だが、先進国で発達した有効な手段を投入してみても結核問題に大きな改善の見られない事例がたゞつぎと経験され、戦後大きな希望を持って発展途上国に広がっていった結核対策は重大な反省期に入る。今となつては自明の事のように見えるが、以下のような結論に達するためには、年月をかけての多くの地域での苦い経験が必要であった。すなわち、(1) 結核対策の有効性は、地域社会全体での結核疫学像の改善度によって評価せねばならない。(2) したがって対策に有効な手段は個々の実験例について有効なだけではなくて、地域社会のどこにでも適用可能なものでなければならない。(3) かくて現在の結核問題の解決は、そのための技術が未開拓のためにおくれているのではなくて、既存の有効であることが判っている技術を実際に有効に地域社会全体に適用する戦略を実施するかしないかにかかっているのである。

以上のように変わった視点から見ると、結核対策の方法論は、単に資源に乏しい国々のみでなく、その他の国々についても基本的には同様に考え直さねばならないことが明らかになり、結核問題を低減させる効率を指標としてBCG接種計画の継続可否の判定、効率を考慮しての患者発見の手段と方法の再検討、社会全体について使用資源単位あたり最大数の治癒をもたらす治療法の採択、入院治療や治療期間等についての再検討、等々、既成の観念から自由になってあらためて結核対策方法論を再検討し、再編成するしごとが始まっている。」（東義國，1974）

そして、1993年以降、世界結核肺疾患学会（IUATLD）

およびWHOによって、新しい結核対策の枠組みが示された。それは、次の5項目からなる。すなわち、(1)政府の結核対策に対する政治的コミットメント、(2)無料抗結核薬の供給、(3)顕微鏡による喀痰塗抹検査による診断、(4)直接監視下治療法、(5)正確な記録および報告により評価を可能にする、である。WHOの結核対策プログラムとして、治癒率85%以上、患者発見率70%以上を目標にした新たな結核対策戦略が開始され、現在に至っている。特に、治癒率は対策の努力の結果が速やかに表れるため、プログラム評価の最適な指標となっている。

4. 研修生の人選

研修生が結核対策に直接関わっておれば、真剣に学び、研修の効果が大きいことは明かである。従って、相応しい人材が選ばれば、研修の半分は成功といえる。JICAの通常の集団研修募集を通じて研修生が人選される過程は以下の通りである。まず、各国において日本における研修プログラムの優先順位が決められる。それに対して、結核研究所が国の優先順位を決める。この際には、結核問題の大きな国、結核対策がすでにはじまって、人材養成の需要の高い国に優先権を与える。いわば、政治的に重要な優先順位と技術的に優先順位の高い要素のバランスで国が決まる。その次に、それぞれの国が候補者の履歴書を送付してくる。結核対策の担当官であれば、何の問題もないが、時に対策と関係のない臨床医や行政官が選ばれることがある。その時には、結核研究所としては一旦国は決まっても、ふさわしい候補者が上げられなければ、その国からだれも採用しないこともありうる。そうすることによって、それぞれの国が研修の機会をただの観光目的に利用することを防ぐ。何度も、同じ間違った人選をする場合には、いかに結核問題が深刻な国であっても、結核研究所からはそのような国を最初からはずすことも有り得る。

5. 研修コースの概要

1) 結核対策コース：

対象：開発途上国の結核対策に携わる医師等で定員は約20名（期間：3カ月）

経緯：1963年、国際協力事業団（JICA）の前身である海外技術協力事業団（OTCA）及び厚生省医務局医事課より委託され開始された。なお、1967年より世界保健機関西太平洋地域事務局（WHO/WPRO）と連携し、WHOは世界有数の講師の派遣やコースの評価などで当コースを強力に支援している。

2) 結核対策指導者(プログラム管理)コース：

対象：開発途上国の結核対策の中心的指導者で定員約15名（期間：6週間）

経緯：1973年、上記結核対策コース終了者の再研修の要望もあり開設された。各国の現場の問題を持ち寄り、指導者、管理者としての理論的実践的訓練を行う。

3) 外科研修コース

対象：開発途上国の外科医。定員約5名（期間：5カ月）
経緯：1966年から1975年まで。

4) 結核対策細菌技術コース：

対象：開発途上国の結核菌検査に携わる指導的技術者で定員約8名（期間：3カ月）

経緯：1976年から。喀痰の顕微鏡検査を中心とする細菌学的検査は結核患者発見の重要な方法であり、国内における検査室ネットワークの形成と技術の維持管理は結核対策の柱となっている。伝染病である結核を制圧するには、診断と治療結果を判定する結核菌検査の精度向上が重要な前提となる。このような考え方から、開発途上国でこの方面の指導者となるべき医師や検査技師の専門教育を行なうこととした。

5) コースの期間

コースの期間についてもWHOと議論を重ねている。かつて、4ヶ月の結核対策コースは長すぎるから短縮できないかというWHO側からの要望が出されていた。現在は結核対策と細菌検査コースはオリエンテーション2週間+国内研修3カ月となっている。また、一方上級（指導者）コースはむしろ短くて十分なことができないという意見もあったため、オリエンテーション2週間+国内研修6週間となった。1日の時間配分：講義と実習が毎日午前、午後の三時間ずつ、それぞれ休憩をはさんで実施されている。

6) 個別研修コース：

上記集団コース以外に、JICA、WHO、厚生省、その他の機関の要請で、様々な目的、期間に応じた個別研修を行っている。研修生は集団研修コースに参加したり、個別に研究者の指導を受けたり、自ら調査し、研修の終わりに成果を口頭発表あるいは文書で報告する。

6. カリキュラムの変遷

全体的な変遷としては、最初は講義・実習を中心に基礎的な知識・技術の習得に強調点が置かれていた。各国の結核対策が進展するにつれて、対策の計画、運営、問題解決や評価方法に主眼が置かれるようになってきた。従って、それぞれの国の対策を発表、比較して新しい改善方法を探る目的で、ワークショップやグループワークにより時間を割くようになった。

1) 結核対策コース

開設当時の1963年頃の日本は、国際協力事業もようやく歩き始めたばかりであり、職員の英語力も不十分で、研修生たちへの対応、研修のノウハウも手探りで見つけるよりほかはなかった。研修の内容も、国内用の教科をそのまま英語に訳したものであった。その後、研究所スタッフが国際研修コースや、国際会議に出席して世界の動きを察知し、途上国の結核対策にあったカリキュラムに変えていった。さらに

結核対策コースのカリキュラムの重点の変遷

1963-1966	解剖，臨床（診断，治療）が中心，国家結核プログラムの検討やワークショップは少なく，時間数が長い。
1967-1972	1967よりWHO と共催，統計疫学と国家結核プログラムの検討増加，解剖の講義終止，臨床減少，2期から1期へ(1969)
1973-1978	ワークショップとセミナー 増加，結核疫学登場，ツ反&BCG減少，臨床さらに減少
1979-1983	臨床減少，ワークショップの項目増え時間数増加，1979年よりサーベイランスの項目開始．1982よりプライマリヘルスケア，マニュアルの作成開始。
1984-1992	全体に時間数減少，ワークショップは不変，らい(1983-90)，1985に保健計画開始．1987に行動計画（action plan），1988から優先順位の設定，1991にAIDS&TB 登場
1993-1999	DOTSの紹介，講義および経験を分かち合うためのワークショップの増加，行動計画策定のためにチューター制度の導入による，よりきめ細かい指導の強化

研修生との交流を通じて，どのような協力が必要かを学び，疫学や公衆衛生的な視点により重点が置かれることになった。また，それぞれのスタッフのWHOや行政の経験から，マネジメント，保健学の広い視野，“草の根から”の姿勢など種々の現場に役立つ技術の指導を行っている。1967年からしばらく，WHOからも研修生を当所の課程に送ることとなり，その後WHOとの合意によりこの課程は日本政府とWHOの共催課程となった。1967年のWHOとの協力開始を機として内容は徐々に変わりはじめ，ついに，現在の国家的結核対策の樹立と推進を主眼とする課程への変貌をとげた。また，WHOとの共催になってからの特色の一つとしてこのコースに対してWHOが数名の講師を派遣するようになった。そのことにより世界的な，専門的に高度な講義がなされ，研修内容のレベルアップになっている。（東，1974）

2) 結核対策指導者（プログラム管理）コース

1973年から始まった。当初，長期の結核対策コース終了者に対して，その後の進歩を追加し，交流を密にすることを目的とし，隔年に2週間実施することとしていた。しかし実際には，期間が短く参加しやすいということもあって，対策コースの終了者より，初めて参加する各国の結核行政の高官が多かった。内容は，結核対策及びそれに必要な疫学に重点が置かれ，ワークショップ等での討論にも当初より重点が置かれている。当初の2週間で隔年の実施から，1978年より毎年実施，期間も1985年より研修生の希望を考慮し4週間に延長，更に1987年より6週間に延長され現在に至っている。名称も，初参加の行政高官が応募している実状に合わせて，結核対策指導者コースに改定され，さらに結核対策プログラム管理コースとなった。

3) 外科研修コース

コロボ計画によるコースとして，胸部外科の研修が期間5カ月で1965年より開講された。このコースにはインドネシアやアフガニスタンなどから参加者が多かったが，途上国においては個人の治療よりも全般的結核対策を優先すべきで

あるとの考え方にに基づき1974年に発展的解消を遂げ，細菌技術コースに移行した。

4) 結核対策細菌技術コース

「本コースはその性格から実習の時間が多く，実習室の広さと効率から見て，6名くらいが適当である。応募国の熱望により，2，3名が定員オーバーすることがある。この他，日本からも国際技術協力の派遣前研修生として2，3名が参加している。いずれのコースでも同じであるが，開設の当初は多くの試行錯誤は避けられない。期間は第1回は3カ月でスタートしたのであるが，第2回よりは4カ月に延長された。発育の遅い結核菌では培養の結果を得るだけでも2カ月を要する。順序立てて教育しようとするれば，培養手技に入るのは1カ月以上たってからになる。」（工藤祐是，1978）このコースは一旦4カ月のコースとなったが，再び世界的な傾向に従って3ヶ月に短縮された。コースの性質上，菌検査，結核細菌学に重きが置かれている事は，開設当時から現在も変わることはない。

カリキュラムはこの基本の上に立って，大きく講義，実習，施設見学と構成されているが，その内容は時代や研修生のニーズ，またコースに関わり合った多くのスタッフの貴重な助言によって時代と共に変化を見せている。コース開設時から2年間は，塗抹検査に関する知識や技術がカリキュラムの中核をなしていた。この頃の特記すべき事は，顕微鏡についての知識や操作技術にも目が向けられ，この教科に対する重要性は，現在のカリキュラムにも受け継がれている。3年目以降からは，これまでのコース参加者たちの強い要望に答えるため，塗抹検査関係に加え，培養，同定，感受性検査という結核菌検査全般に広げられた。コース主催者側として最小限教えなければならない事と研修生たちが教わりたい事の範囲が整理された。また6年目に入ると，途上国の現場の最前線で働いておられる海外の講師を招聘することによって，更に実際の検査業務のノウハウ，またより広い現場からの知識をカリキュラムに加えるように努めた。そして，この年よりWHOからの講師による講義が加わった。現

在まで、WHO 西太平洋地域事務局、韓国結核予防会、アルジェリアパスツール研究所などからの講師によって人材の育成、菌検査の基礎、検査業務の運営などの講義がなされている。10年目以降は、検査業務を担うリーダーとして、検査に関する技術や知識のみならず、検査業務全体の運営についても焦点が当てられ、人材の育成、検査業務の監督・助言のための知識の重要性が求められた。そのため、人材育成教育の普及法、続いて鏡検士のためのマニュアル作成、教授法、コミュニケーションの実際、検査（室）の評価法、更に国全体の検査業務のシステム作りなどの教科が加えられた。また細菌関係の講義には、時代の流れに応じ、先進国の臨床検査室で応用され始めたDNAプローブやバクテックシステムなどによる新しい技術の菌検査法を紹介する教科が13年目以降加えられた。

この様に細菌技術者コースは、現在では細菌学や検査技術面だけでなく、検査業務の運営面にも力が注がれ、「リーダー養成コース」というカラーを一層色濃く出す様カリキュラムは組まれている。また授業形式も14年目ごろから、一方通行型のセッションから研修生と共に考え、発表討議するというクラス全体の参加型のセッションが徐々に増え始め（現在は全体の15%を占める）、更に充実したカリキュラム内容となっている。

7. 国内及び国外視察旅行

1) 国内視察旅行

研修期間中には、日本の医療事情や人情などを理解してもらうための国内の視察旅行があり、訪問先の県庁や保健所での討論、医療施設の見学、結核予防婦人会の人々との意見交換等を行っている。(1)結核対策コースおよび指導者コース：県庁で県全体の結核対策概要、結核病棟のある病院見学で標準的診断・治療そして保健所で患者管理の実態を学ぶ。結核予防婦人会との交流。結核予防婦人会は、「結核予防関係婦人団体幹部講習会」の際や、各県支部での交流会が、研修生が「住民参加」の実際にふれる良い機会であり、婦人会幹部たちとの会話から受ける熱気は彼らに強い印象を残しているようだ。(2)細菌技術コース：見学施設は、当初は、病院検査室、保健所が中心であったが、現在では研修期間中の視察旅行を全体のカリキュラムの中でとらえ、研究所、病院、検査センター、保健所、製薬会社、顕微鏡工場、県の衛生部等を訪れている。

2) 国外視察旅行（コース後の国外研修）

WHOとの共催になってから、コース終了後に国外の視察旅行が行われるようになった。研修生はWHOフェローとして、フィリピン、マレーシア、スリランカ、韓国などの様々なアジア諸国を2週間訪問してきた。主な目的は、研修の内容を研修生の出身国と比較的同じような条件にある日本以外の国々で勉強しようということにあった。また、1979年からは日本人医師が引率という形で参加していた。ただし、最近ではWHO、研修引き受け国、研修生間の事務手続

き上の調整が困難になっており、中止している。

8. WHO との連携

1967年から、結核対策コースは世界保健機関(WHO/WPRO)と連携して行なわれることになった。それにより当時JICAが招けない国(コロンボプランに入っていない国)の研修生の受入れ、結核対策や公衆衛生の世界的専門家の派遣(講師として)、国外実習への支援等々のみでは不可能な支援をも含み、名実ともに国際コースとしての内容が充実した。現在の3コースにWHOは毎年7-10名の国際講師を派遣し、WHOの方針の浸透を図っている。これまでにヨーロッパ、アジアなどの高名な講師が各1週間ずつの講義を行なっている。彼らとの交流は多くの日本の専門家を啓発し、日本の結核対策そのものへも良い影響を及ぼす結果となった。

9. 日本での研修の意義

現在、2週間以上の結核対策国際研修を行なっている国は、日本の他はアルジェリア(フランス語・6週間)、インド(英語・2カ月)ネパール(英語・2週間)、タンザニア(英語・3週間)、ベトナム(英語・2週間)等で、すべてWHOやIUATLDとの共催である。開発途上国で実施する場合は、高蔓延国の、多くの問題を抱えている現場で研修ができる利点がある。日本で研修を行なう意義としては、第二次世界大戦後、結核を急激な速度で減少させた公衆衛生と日本の結核行政の業績を学ぶことや、その実施の中心であった結核予防会・結核研究所で勉強すること等が挙げられるであろう。結核対策には、科学的な知識に加え、社会から結核を減らそうとする「熱意と継続的姿勢」が必要である。これらは人から人へしか伝わらず、日本の結核予防会が培ってきたものである。これを伝えることが研修の重要な意義である。

10. 結核予防会結核研究所における国際研修の特徴

結核研修の強みは、まず、結核研究所では、日本国内の研修を含めた、結核対策支援だけでなく、JICAを通じての開発途上国への対策支援の経験の積み重ねがある。また、開発途上国での結核問題に関する研究活動の経験があることによって、教え、指導する内容と方法について習熟していることがある。そして、世界結核肺疾患学会(IUATLD)とWHOが常に研究と対策推進に関わっており、毎年のように新しい方針、所見、マニュアル、ハンドブック、訓練モジュールが発表され、研修生に提供できる材料がある。できるだけ、国際標準の教材を使用することによって、他の研修コースで研修を受けた者との間に方法論の差をなくすることができる。特に、結核菌の検査方法では、日本独自の方法があるが、これもできるだけ国際標準に近いものにする努力がなされている。

次に、結核研究所は、JICAを通じていくつかの開発途上国に対して、結核対策の支援プロジェクトを実施しており、

それらの国からのカウンターパート枠があり、これはプロジェクトで人選ができるため、効果的な人材養成になる。カウンターパート枠で参加する研修生は、自国に戻ってもJICAおよび結核研究所との共同作業があるため、例えば以下に述べる行動計画も、より具体的であり、必ず成果が評価されるので、自然と研修も熱心になる。

また、3コースに共通して、コースの最終目標として、行動計画作成を強調している。新しく得た知識を早速行動に移すために、コースが終了し、帰国した後、2年間で各自のポストのもとで、どのような事を新しく実施できるかを、具体的に計画する。それと関連して、コンピュータを1台ずつ貸与して行動計画を作成させる。さらに、一般的な口頭発表の方法も指導し、より実践的な訓練に重きを置いている。この行動計画作成が研修の評価の重要な一部になっている。

さらに、結核研究所として、国際協力のための調査研究費の予算があるため、実施可能な質の高い行動計画が提出されれば、その計画にそって、その研修生の活動を予算、技術支援する場合があります、優秀な人材を支援することになる。

11. 研修の評価

研修に対して色々な角度から評価が行われてきた。その一つに研修生による評価がある。疫学や統計は、コースの最初に彼らが最も苦しむ教科であるが、研修の終わる頃には、もっと学びたいとの評価が出る。公衆衛生的な視点からの評価とは別に、臨床面での弱さが指摘されており、これは今後の課題である。また、研究能力の開発も重要である。講義の進め方としては、一方的な講義方式から、セミナー、討論、演習を取り入れた参加方式が望まれており、この面ではかなり改善されてきた。

「この研修過程に限らず、一般に教育・訓練の成果を評価する場合に忘れてならないことに、成果ないし効果には直接効果と遠隔効果の二つがあり、両者は必ずしも並行関係にないと云うことがある。直接効果は、ある科目または全研修科目につき研修前後に何らかの試験をしてみれば、適当な判定基準をもうけることにより判定することは比較的容易である。筆者が帰国して間もなくのころは、いくつかの研修科目につき筆記試験を行ってこれをみたこともある。だが、研修生の考え方全体の変化を評価し、その評価を同時に研修内容に速やかにフィードバックするためには、むしろたえず教室での活動をともし、集団作業、討論を通しての教科のほうに適していることが判明し、ここ数年はこの方法にきりかえて評価を行っている。これで見るとかぎり現在のような、受動的受講よりも能動的な研修活動への参加を進める方法は、相当大きな効果をあげていると思われる。遠隔効果は、帰国研修生個々の上に残り、またはあらわれる効果で見るべきだが、その効果判定の基準は、それぞれの国ないし地域社会の結核問題の低減にどの程度に役立つかを以てせねばならず、なかなか難しい仕事である。1973年度に行った調査では、帰国研修生の過半数は結核業務を離れておらず、その中の何人かは一国のまたは一地方の結核対策の指導的立場についており、本研修課程の影響は、それぞれの参加国の

かなり広汎な範囲に及んでいると考えられる。この活動の成果は、研修生側のみでなく、研修活動の主催者側についても考えなければならない。教育するとは教育されることだ、とはよく云ったもので、実際、アジア、アフリカ諸国からの研修生たちと接し、WHO派遣の講師たちとともに研修活動を進めていく間に、われわれのやって来た結核対策、われわれの考え方等を、国際的な視点からの再検討にさらすことにより、結核研究所側が受けた理論的な利益にも大きなものがある。今後も研修内容、研修方法を絶えず改善しながらはじめにふれたような国際的評価に答えるべく、さらに大きな成果をめざしてこの国際研修課程を発展させることがわれわれの望みでもあるし、またアジア、アフリカ諸国の結核問題はそれを強く要求しているのである。」(東, 1974)

1999年現在では、直接効果について、知識に関する評価はプレテスト・ポストテストとして、コースの前後に同じ筆記試験の質問に答えて、点数がよくなっていることを確認している。また、行動計画の発表の際にも、内容と発表の方法についても評価し、点数化している。双方ともに成績が悪い場合には、さらに調査報告書を書かせるなどによって補うことにしている。

遠隔効果については、JICAの研修フォローアップ事業を利用して、数年に一度、1-2カ国を訪問して、卒業生を面接し、また、ワークショップを開催して、結核対策の最新の方針や方法を紹介し、結核対策の推進に資している。

研修コースの評価としては、各講義、演習などについて、毎週まとめて有用性、理解しやすさなどについて評価したものを点数化する。さらにコースの最終日にコースの評価と題して、研修生からコースの改善点について、気がつくものについて忌憚ない意見を聞いている。これらの意見を参考に次年度への改善点としているが、スタッフがコース中に同様に感じていることが多く、記名式であっても正直に意見を反映していると思われ、有用なため、この方法を継続している。

12. 生涯事業としての研修

卒業生は結核予防会結核研究所の卒業名簿に加えられ、その研修生には定期的にニュースレターを送って帰国後の繋りを維持している。ニュースレターは、本人が連絡先を維持する限り、一生郵送される予定である。ニュースレターは1990年から年に2回発行しているが、大きな反響があり、毎回多数の返事が届いている。卒業生が昇進して、国際会議や学会に出席してJICAや結核研究所のスタッフと連絡をとれることもある。また、そうでなくても、ニュースレターなどによって、最新情報の提供されたり、JICA関係のプロジェクトや研修評価事業として、スタッフが直接訪問などをして、研修生をフォローアップすることができる。目立たぬところで地道に結核対策を進めている卒業生たちの報告を聞くことは大事な仕事であり、同研修の使命でもある。

本研修の目指す点は、世界中に散らばっている卒業生のネットワークの強化を通して、それぞれの地域の現実に適合した結核対策戦略を樹立し、推進することであり、これはまさに結核による死亡を防ぎ、罹患率を減少させる世界的戦

略の一部である。

13. 今後の課題

WHOが推進している世界的な動向として、県や国レベルの結核担当官に2週間程度の短期の研修コースを提供して、どのように効果的・効率的に結核対策を実施できるかを集中的に知識と技術を与える方法がある。これは、現在も開発途上国の数カ国で実施されている方法である。それに比べて、我々が6週間と3ヶ月のコースを運営しているのは、少々非効率的であるという声があるかも知れない。今後、忙しい国レベルの結核担当官のために2週間の短期に最近のトピックを中心にコースを開催することも予定している。しかし、その一方で、世界中でじっくり研修できるコースが少ないからこそ、「長期コース」の良さを充分発揮できる特徴を持たせるべきであるという議論もある。すなわち、短期の「どのように実施するのか」という即戦力になる研修方法に比べて、少し回りくどい方法かも知れないが、長期の「なぜ、そのように実施するのか」という基本的な議論を充分した上で、行動計画を立てるという方針も長い目で見れば、卒業生の中から、国の結核対策課長が輩出され、「清瀬の結核予防会結核研究所で長期間の研修を受けたからこそ、今の私があるのだ。」という確信をもつ人々が増えてくることを

期待している。また、現にそのような結核対策課長が増えつつある。

従って、今後も長期のコースに無駄はないかを常に点検しながら、改善していかなければならない。押さえるべき点は以下の通りである。まず、なぜ日本で実施するのかという質問に絶えず答えられなければ、結核問題の多い、開発途上国に第3国研修として任せればよいということになる。そのためには、ただ単に国際標準的な内容に合わせるだけでなく、結核研究所の経験で得られた研修の内容と方法についての独自性を常に追求する努力が欠かせない。また、結核研究所が、卒業生ネットワークの中心となって、また、あらゆるフォローアップできる機会を用いて、直接効果だけでなく、遠隔効果を確認、高める努力も継続していく必要がある。

引用文献

- 高瀬昭, 大きな期待が寄せられる結核研究所の国際結核対策コース, 複十字, 145, 24-25, 1979
島尾忠男, 結核予防会の創立50周年にあたって, 保健婦の結核展望, 28(1), 9-10, 1990
東義國, 結核対策国際研修の12年, 複十字, 1974, 120, 18-20
工藤祐是, 複十字, 140, 8-9, 1978