

2024 年度



国際保健医療レジデント
国際医療協力局フェロー

活動報告書

国立国際医療研究センター

〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1

TEL(03)3202-7181 FAX(03)3205-7860

目次

はじめに 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 人材開発部 部長 村上 仁 ...	2
国立国際医療研究センターでの医師対象の人材育成	3
総合感染症科 (DCC) レジデント 杉田 明穂	4
救命救急センター レジデント 本田和寛	10
産婦人科フェロー 黒瀬大地	16
国際医療協力局フェロー 青柳 佳奈子	22

はじめに 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 人材開発部 部長 村上 仁

国際保健医療協力分野における専門家の需要は年々増加しております。世界的な関心事が個別疾病対策から社会保障の充実といった政策面へ変化してきているように、低中所得国からの要求内容も年々高くなってきていることから、質の高い国際保健医療専門家の数は恒常的に不足しており、人材の確保は喫緊の課題となっています。一方で、医療に係る国際協力の向上を図ることは、国の医療政策の重要なひとつとして位置づけられており、今後も強力で推進していく必要があります。また、日本国内での診療業務においても、社会のグローバル化に適切に対応できる、国際的な視点を持った人材の育成は非常に重要です。

2024年度は当センターのレジデントが研修ローテーションの一つとして3ヶ月国際協力局で学ぶ「国際保健医療協力レジデント研修」と、国際医療協力局を最大1年間限定で国際医療協力局に所属する「国際医療協力局フェロー研修」が実施されました。それらの研修では、国際医療協力局において日本人の人材育成のために実施している研修の受講や国内業務を通して、国際医療保健の基礎的な知識の整理、低中所得国における保健医療の現状や課題についての理解を深めた上で、海外でのフィールド実習を通じて、実際の国際医療協力の取り組みを学んでいく構成になっています。最終的に、研修参加者が国際保健医療分野における自身の適性を検討し、今後のキャリアビルディングに関する展望を持つことができるようになることを目標としています。

なお、2025年4月より当センターは国立健康危機管理研究センターとして新たな門出を迎えます。本研修で育成した医師が、国内外の課題解決に活躍することを期待します。

本報告書では2024年度に「国際保健医療レジデント研修」「国際医療協力局フェロー」に参加した方々の報告をまとめました。国際医療協力局員の指導のもと、研修内容はそれぞれが主体的に目標、内容を考えて取り組んでおります。本研修にご協力いただきました皆様には、深く感謝を申し上げますとともに、さらなるご指導をお願いいたします。

国立国際医療研究センターでの医師対象の人材育成

NCGMが実施している医師対象のグローバルヘルス人材育成のための研修制度は、臨床研修によりそれぞれの専門性を高めるとともに、グローバルヘルス・国際医療協力の業務を実践的に学ぶ機会を提供している。レジデント・フェローが主に臨床分野の専門医研修課程の3ヶ月間をグローバルヘルス・国際医療協力関連業務で海外活動を行う「国際保健医療協力レジデント研修」がある。

また、1年間、国際医療協力局のフェローとして各種業務を経験することで、実践的な人材を育成することを目標とした「国際協力局フェロー」を採用している。

● 国際保健医療協力レジデント研修

NCGM各診療科のレジデントを対象とした3ヶ月間の国際医療協力局へのローテーションプログラム。それぞれの臨床科での専門性を高めることを主軸として、国際医療協力局での国際協力業務も経験することを可能とした研修制度。2024年現在は、この研修にNCGMフェローも参加可能になっている。



研修参加者が国際保健医療分野における自身の適性を検討し、今後のキャリアビルディングに関する展望を持つことができるようになることを目標としている。

● 国際医療協力局フェロー

原則として大学卒業5年以上を対象とした、「国際臨床フェロープログラム」の後継プログラムとして2022年度より開始。1年間国際医療協力局に所属して国際協力業務のみを行う。

米国の大学における感染症専門家/疫学者育成の手法及び
国内外の感染症危機管理に果たしている役割の探索
総合感染症科 (DCC) レジデント 杉田 明穂

はじめに

私は現在、総合感染症科所属の内科専攻医として、初期研修から現在まで NCGM に勤務している。学生の頃に「川の上流で何が起きているかを考え、変える」という Public Health の考え方に共感し、当時より国際機関視察への参加、ハーバード公衆衛生大学院留学での疫学研究など幅広く取り組んできた経緯がある。学生時代に国際協力局の見学に伺った際は中佐先生と春山先生に、近年の国際保健の潮流や国際展開推進事業に関する NCGM の取り組みについてお話を伺いその頃から協力局での研修に関心を持つようになった。

今回の研修中は、NCGM 全体が、組織統合を経て新しい役割を担う組織となっていく可能性がある中で、自分がどのような形で中長期的に資することができるかキャリアパスを模索すること、臨床・研究・実地疫学の専門家の相互協力体制について実地で学び、帰国後に実例を報告することを目標として研修先を探した。

【研修先の選定】

研修先としては、シカゴ公衆衛生局 (CDPH、Chicago Department of Public Health) と、近隣の RUSH 大学を訪問することになった。CDPH は、指揮系統としては米国疾病管理予防センター (CDC、Centers for Disease Control and Prevention) とイリノイ州公衆衛生局 (IDPH、Illinois Department of Public Health) の下に位置する組織である。また、RUSH 大学は CDC とのつながりが深く公衆衛生領域に強い一方で、感染症診療もまたトップクラスの大学病院である。RUSH 大学はイリノイ州シカゴの私立大学で、前身の Rush 医科大学は 1837 年に設立されており HIV 患者や移植感染症、寄生虫感染症・熱帯地域の感染症を含め多数の診療・研究実績があり、感染症だけでも 12 領域にまたがる 40 の部門がある。UpToDate の移植感染症に関連した項や、IDSA ガイドラインを執筆しているアテンド達も在籍している。

研修先の選定には非常に苦労した。前年夏の協力局のレジデントの選考に通ってからすぐに CDC の本部や WHO、他にも国外の 10 箇所近くの病院に並行してメールを出していたが、音信不通だったり断られたりという対応で、日本人の先生を通じてもお話が動かなかったことも多々あった。結局本当に直前の春先までまな板の上の鯉をしている間、協力局の井上先生と河内先生に多大な励ましをいただきながら交渉を継続し、ようやく今回の研修実現に至った。研修先が自分で見つけられなかった場合は、ザンビアや東南アジアなど協力局の現地プロジェクトへの参加を調整することもできるかもしれないと仰っていただけたことで、安心して研修先を探すことができた。

【研修期間】 2024 年 5 月 25 日 – 6 月 27 日

【研修中の到達目標】

各研修項目の到達目標として、①研修先のシカゴ公衆衛生局と RUSH 大学病院が行っている公衆衛生活

動の把握と②米国の公衆衛生関連の人材育成プログラムの調査を挙げた。

【研修内容】

① 研修先の CDPH と RUSH 大学が行っている公衆衛生活動の把握

◆ CDPH の取り組み

今回は、CDPH で働く医師の一人 (RUSH 大学感染症科の元フェロー) をシャドーイングさせていただいた。

多剤耐性菌対策

シカゴ市内において、多剤耐性菌の広がりには重要な課題である。

NCGM でもブドウ球菌菌血症とカンジダ血症はバンドルに沿った治療介入が必要なため、感染症科で拾い上げて全例コンサルトに入っているが、RUSH 大学内ではその 2 種類に限らず、血液培養で耐性菌が検出された時は感染症科にコンサルトするように主科側にも通知が出るようになっていた (※日本国内でも稀に血液培養陽性例は全例、感染症科が介入するという施設もある)。

こうした大学病院側の草の根の活動に対して、CDPH では高リスク施設における定期的なポイント有病率調査 (PPS, Point Prevalence Surveys) を 6 か月ごとに実施しているほか、地域施設での感染予防・感染対策評価 (ICAR, Prevention Infection Control Assessment and Response) を定期的に行っている。

また、入院時のスクリーニングや、医療型介護施設 (Skilled nursing facility) に対して清掃用品や清掃法についても指導を行っている。

今回の研修中、私は PPS と ICAR に同行させていただいた。

PPS の一つの取り組みとして、新興病原体真菌の一つである多剤耐性真菌、*Candida auris* のアウトブレイクが起きた施設の入所者の腋窩・鼠径から定期的 (6 ヶ月が目安) に検体を採取していた。RUSH の看護学生とレジデントがボランティアで参加しており、CDPH 職員がデータベースに詳細を入力していた。データベースの項目は Race、Ethnicity、日付、気管切開・人工呼吸器・胃管の直近の使用、接触感染対策の掲示が適切にされているかどうかなど多岐にわたり、一方で CDC の Epicenter と、Regional Innovative Public Health Laboratory (RIPHL) (RUSH/CDPH の共同ラボ) にもゲノム解析用に検体を送付していた。

全員が集まるまで 1 時間かかり、Dunkin のドーナツを食べている時間が永遠に感じられたが、いざ始まると仕事が非常に効率的で早く正確で、私達がイメージする「アメリカらしい」一面を垣間見た。



一方、ICAR については、Community hospitals への感染対策指導がメインで、感染対策専属の看護師に CDPH の Infection preventionists (IPs) が直接出向いて指導を行う。RUSH 大学と比較すると、訪問した病院はレンガ造りで古めかしく、2024 年春の時点にもかかわらず COVID-19 流行下の張り紙がそのまま置

き去りになっていた。周辺は塗装の落ちた看板の店舗が点在するばかりで、鋭い目つきで睨んできたり、歩行もおぼつかずに道端に唾を吐いたりするような人達が屯していた。その退廃的なさまに応じた緊張が、周囲を支配しており、車で走行していなければ何かしらの危険な目に遭いそうな地域であった。

IPs は感染対策のスペシャリスト達であり、まずその病院の感染対策の担当者に対して院内の消毒剤の濃度、手指消毒のタイミングの復習などについて CDC 公式の質問用紙を用いた目線合わせを実施した。その後、院内を隅々まで見回り、消毒剤や接触感染対策の張り紙の位置の指導や、シンクの Splash zone が清潔に保たれているかどうかの確認、職員の行動の観察（血圧測定のカフを使い回しており毎回の消毒ができていない、帽子を付けたまま出てしまうなど）を行っていた。

ここまでは日本の ICT (Infectious control team, 感染制御チーム) のラウンドと大きな違いはなくある程度均質化された作業であることが伺えたが、一方で米国の貧困地域ならではの、薬物中毒やアルコール依存症の患者の行動を想定した議論もみられた。例えば「夜に受診する患者さんが振り回してしまっていて危ないので正面玄関に脚のついた消毒セットは置けない」「天井からつるしたライトで消毒剤の位置を示すことも試したが誰かが勝手にもぎ取って持ち帰ってしまった」という相談に対して、右側に消毒剤があることを知らせるラミネートの注意書きを床に敷くことを提案していた。



- アウトブレイク対応：麻疹流行との戦い

麻疹は、重篤な合併症・死亡を引き起こす可能性のある感染力の強い呼吸器ウイルスである。2000年に米国からの排除が宣言されたが、世界的な伝播が続いているために米国での感染は依然として発生している。あまり知られていないが、シカゴには南米やその他の地域からの移民の一時保護施設としてシェルターが複数作られている。シカゴでは私が滞在した少し前の2024年春にシェルターを中心とした麻疹のアウトブレイクが起こり、CDPHが大活躍して早期の収束に漕ぎ着けた経緯がある。CDCの Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) [Measles Outbreak Associated with a Migrant Shelter — Chicago, Illinois, February–May 2024. Weekly / May 16, 2024 / 73(19);424–429] に詳細が載っている。

CDPHの職員は、環境の整備やワクチンの迅速な配布の効果を印象付けることで、公的スティグマから移民の人々を守ることもつながったと話していた。

◆ RUSH 大学内・連携施設間での取り組み

前述の PPS の項で出てきた Regional Innovative Public Health Laboratory (RIPHL) は CDPH と RUSH 大学間の “a novel public-academic partnership” であり、COVID-19 の流行を機に 2021 年 3 月に発足した。現在 RIPHL は *Candida auris* や Mpox など公衆衛生上、重要な他の病原体の全ゲノム解析及び遺伝疫学解析に以降している。

RIPHL の他にも、新興感染症に対するシカゴの地域社会の備えを強化するための組織である CEID (Center for emerging infectious disease) や、NIH や CDPH、NASA と多方面から助成を受けている Microbiome research のユニットが RUSH genomics and microbiome core faculty として含まれている。Microbiome research のラボでは、環境システムや NASA の Twins study、国際宇宙ステーションのげっ歯類の研究など幅広く扱っている。

また、アテンドの一人が運営側に関わっている Leaf cohort discovery というデータベースも紹介していただいた。これは RUSH, University of Chicago, Loyola University Chicago の Institute for translational medicine によって開発された共同データベースで、疾患ごとに患者の細かい層別化が可能となっている。

カルテシステムが近隣で原則統一されているため患者ケアの面では便利だが、施設間を越えてのデータ共有はまだ障壁が複数存在しているとのことだった。

②米国の公衆衛生関連の人材育成プログラムの調査

EIS とは CDC が提供するプログラムであり、実地疫学の専門家育成を目的としている。CDC やそれに準じた保険医療機関で感染症サーベイランスやアウトブレイク対応ができる能力を鍛えることができる。日本には Field Epidemiology Training Program (FETP) という EIS に倣った同様のプログラムがあり、具先生の IDATEN の記事に 2010 年当時の活動内容の詳細が記されている

[http://www.theidaten.jp/wp_new/20091230j-15-1/. Accessed Feb 5, 2025]。CDPHにも、EISのfield officerが複数名在籍しており、前述の麻疹に関するMMWRの筆頭著者にもなっていた。

一方、RUSH大学はCDCが資金を提供する感染症科/Epidemic Intelligence Service (EIS) 合同フェロシップ・パイロット・プログラムにMassachusetts General HospitalやStanford大学、Emory大学などと並んで選抜され、昨年1期生が誕生した。背景にあるのは、RUSH大学が近隣のCook County Healthと共同して、CDCの管轄下にある全米11のEpicenterの一つであるChicago Prevention and Intervention Epicenterを運営していることである。過去5年でCDCとNIHから約\$12.5 millionもの助成を受けている、感染症の予防・啓発と有事の際のマネジメントを含めた公衆衛生のリーダーを育成する環境がますます整いつつある。

米国の公衆衛生分野は現在、予算削減の煽りを受けている。今年の大統領交代が大きな影響を与え続けるのは間違いないが、もともとCDPHの予算はほとんどがCDCからのfederal fundingに依存しているため使途の融通が効かず、COVID-19で一時的に大幅に増えた分を急速に削減されており変動が大きいため交渉を重ねているところだという。

【総括】

今回、CDPH及びRUSH大学における約6週間の研修を通じて、感染症専門家/疫学者育成の手法及び感染症危機管理に果たしている役割を具体的に知ることができた。臨床・教育・研究・行政が連動する場において、各専門職の相互協力体制を学ぶことができたのも大きな収穫であった。

CDPH及びRUSH大学などその連携組織は、“Think Upstream!”というマインドの人たちが集まりムーブメントを起こしている場所だと感じた。

今回の滞在中、公衆衛生に深く関わる仕事をしている先生方にインタビューをさせていただいた。1時間の枠を取っていただいたのはCDPH局長、CDPHの現役EIS officer/EISプログラム卒業生達、RUSH大学のアテンド達など合計11人で、実際の情報収集自体はさらに多方面から行った。これまでの軌跡や将来の展望、必要な学位と臨床とのバランスの取り方、専門分野や研究テーマの決め方、給与とライフワークバランスの取り方、ビザ、シカゴの冬の過ごし方など実際にお会いしたからこそ丁寧な助言をいただくことができた。また、盛り上がったのは「これまで最もやりがいを感じたことと、最も辛かったこと」という質問である。前者への解答例は「チームが素晴らしかった」「縁の下の力持ちとして社会に貢献できている実感がある」ということ、また後者への解答例は「現場から離れて常にパソコンの前にいることへの葛藤」「行政との調整」「予算・研究費の確保、他施設との連携」と日本にも通じる回答が返ってきた。CDPHのスタッフは、「麻疹のアウトブレイクを収束させたことはどちらにも当てはまる！」とお話されていた。



実地で研修を行ったことで、フェローシップ以降に参加可能な人材養成プログラムについても今後のプランが明確になった。なお、後期研修中に無事に米国の医師免許取得とマッチングを終えることができ、この夏から縁あって RUSH 大学の感染症科でフェローとして採用していただけることになった。フェローシップの3年目にオプションで疫学研究のトレーニングを受けることができるため、楽しみにしている。初期研修の頃に国際協力局の説明会を聴講した際に、「国際保健分野でキャリア形成を考えるなら①草の根レベル②アカデミックなレベル③政策レベルのすべてを経験した上で、自分に最も合うと思うもの、楽しくできるものを選ぶ」というお話があった。私はまずは感染症領域の臨床を突き詰め、その確かな知識を元に国策へのアドボカシーや研究にも積極的に携わっていきたいと考えている。引き続き地道に研鑽に励んでいこうと思う。



今回の研修の実現にあたり、最大限サポートして下さった国際協力局の皆様に心よりお礼を申し上げます。

救急医として外傷診療分野から見える国際医療協力
救命救急センター レジデント 本田和寛

はじめに

(志望理由)

学生の頃より部活動で留学生に文化活動を通して国際交流をしていたことから、自身と異なる価値観や思想を持つものとの交流に良い刺激を感じ、いつしか漠然と国際的な活動がしたいという気持ちを持つようになりました。

将来、救急医と総合診療医の2つの両輪をもって、自身住む地域に根差した家庭医、在宅医として働くことを目標に掲げており、現在は救急医として働いています。

救急医学に携わるようになり、自身が学び得た分野が他国ではどのような形で活かせるのか、得られた経験が日本でどのように還元できるのか、交流の中でその実感を得るために現場に身を投じてみたいという考えを持つようになりました。

以前より国際協力局のレジデント研修は知っており、まずはその活動の第一歩として研修に応募をさせて頂きました。

研修目的

- ・救急医学の分野でどのような形で他国の医療に貢献できるのかを学ぶ
- ・国際協力を行う上で救急分野以外に必要な分野、興味を持てる分野を知る
- ・日本にどのような形で還元できるのかを知る

研修期間 2024年10月1日～2024年12月31日

研修概要

●NCGM グローバルヘルスベーシックコース：2024年10月12日～14日

●JICA 課題別研修「アフリカ仏語圏地域 女性と子どもの健康改善」：2024年10月16日～11月7日

●グローバルヘルス合同大会：2024年11月16、17日2日間

●カンボジアの国際展開推進事業

訪日研修：2024年12月2日～12日

現地研修：2024年12月21日～30日

NCGM グローバルヘルスベーシックコースについて

この講座は毎年行われている短期間で集中的に、国際保健医療協力に必要な不可欠な基礎的知識や手段を習得することを目標としているものです。

私が受講した2024年10月の同講座はコロナ禍以降初めて、対面型の講座として開催しました。

国際保健医療に関わることが初めてだった私にとってこの講座で基礎的な知識を学び、興味のある分野を知ることができて非常に良い機会になりました。また対面型であったこともあり、医師や看護師だけ

でなく、救命士や social ワーカー、学生など各方面で活躍されている方々との対話もでき、良いインスピレーションを頂きました。

JICA 課題別研修「アフリカ仏語圏地域 女性と子どもの健康改善」の研修内容

ベーシックコースを受講後、JICA 課題別研修の研修運営の補助を行いました。

本研修は国際協力機構（JICA）から依頼を受け、9 か国から 10 名の行政官の方をお招きして日本の保健施策と医療施設の取り組みを通してアフリカフランス語圏の国々の女性と子どもの健康改善を目指すもので、母子に関する講義やディスカッションに参加させて頂きました。

逐語訳の中でディスカッションを行いながら、自国で行われている事業を各国の医療体制に落とし込むことが重要であり、そこに困難さも感じました。

例えば、乳児の転落防止対策といっても柵を作成する際に資源が少ない国では段ボールなど活用できるものを見つけて取り組む必要があり、臨機応変に対応しなければなりません。自国の対策がどのように反映できるか、各国間のディスカッションを通して学ばせて頂きました。

国際保健医療学会グローバルヘルス合同大会への参加について

グローバルヘルス合同大会とは、1999 年に日本熱帯医学会大会と日本国際保健医療学会「21 世紀の熱帯医学と国際保健医療協力」のテーマのもとで開催した学会をきっかけに、全国各地で開催されている学術集会です。

今回のテーマは Proposals from Asia and Pacific Islands で、沖縄にて 2024 年 11 月 16、17 日 2 日間で行われました。私が興味のある外傷分野に関する国際協力の現状をテーマにした演題「外傷はグローバルヘルスの優先課題：対策は、今でしょ。」初学者に重きを置いたセッション [グローバルヘルスで活躍するためのキャリア設計ワークショップ] など幅広いジャンルで展開され、有意義でした。

カンボジアの国際展開推進事業の研修内容

事業の背景

カンボジアは、経済成長に伴うモータリゼーションによる交通事故の増加や COVID19 によって救急医療ニーズが高まり、全土に多くの救急車両が配置されましたが、救命率向上や予後の改善のためには、持続可能な質の高い救急医療が提供できる人材の開発が重要とされ、特に、病院前救急医療に関する教育研修機関のない同国においては、指導者育成による職場教育の充実強化、及び新たな救急隊員の教育研修機関の整備が不可欠となると考えられます。

世界保健機関（World Health Organization: WHO）は、2019 年の第 72 回世界保健総会

（72th World Health Assembly）において、救急・外傷診療（Emergency and Trauma care）の強化に関する決議を採択しました。この決議の中で、低・中所得国の死亡原因の半数以上は、病院前救急医療で治療可能な病態に起因していると推定されており、効果的な救急医療システムが命を救うと述べてい

ます。また、地域に根ざした医療従事者を訓練し、スタッフを同乗させた救急車を活用することによって、病院前救急医療を強化することは、救命1人当たりの費用が100米ドル未満と積算されており、低・中所得国の幾つかの状況において、死亡率を25～50%減少させることが示されています。

これまでのカンボジア展開推進事業の活動

厚生労働省が所管する「医療技術等国際展開推進事業」において、2017年から当院を事業主体とするカンボジアの救急医療に関する国際協力プロジェクトを国土舘大学、カンボジアの保健省や国立病院の医師等とのパートナーシップとともに、病院前救急医療に関する人材育成を中心としたカンボジアの救急医療体制の強化に取り組んでいます。

今年も持続可能な質の高い病院前救急医療体制を構築するため、救急搬送傷病者レジストリー（外傷登録システム）の構築、大学等における教育研究の準備、JPTECTMに準拠した教育コースの開発を中心に進めつつ、2024年12月の日本での研修では新たな取り組みとして病院内での外傷初期診療（主にprimary surveyにおけるABCDEアプローチについて）の講義とエコーを使用したFASTの実技研修を取り入れました。

今回の渡航時の活動

今回2024年12月、カンボジアから選抜された指導者による本邦研修とプノンペン市の国立病院の救急医療に携わる医療者とともに実地研修を行い、その研修に当院・国土舘大学の救急救命士、そして私は救急専門医師として参加させて頂きました。

私は主にJATEC（Japan Advanced Trauma Evaluation and Care）に基づいた外傷初期診療とエコー実技研修の担当を務めさせて頂きました。

取り組みの具体的な内容について一部以下にご紹介いたします。

1. JPTECTMに基づいた救急隊員の育成と活動

Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care (JPTECTM) の活動指針を基礎として、通報から医師引き継ぎまでの一連の過程で必要な知識・技能を指導できる救急隊員を育成（以下、TOT; Training of Trainers 研修と呼ぶ）（写真1）し、現地でインストラクターが実際に指導できているか補助的立場で現地に赴きました。インストラクターによる指導実習を数日行った後に、国立4病院の医療スタッフにより競争形式で通報から医師引継ぎまでのシミュレーションを通して救急活動技能を評価しました（写真2）。



写真1. 本邦研修でのTOT研修

写真2. 現地でのメディカルラリーの様子

研修の所感として 2017 年から TOT 研修で実践経験をあり、インストラクター自身の知識・技能は充実している印象がありましたが、それを学ぶスタッフの手技が標準化されておらず、間違いが訂正されない状況でした。例えば、ネックカラー、バックボードによる固定の外す順番で体幹固定→ネックカラーの順番に外すなど間違った覚え方で手技を行っていました。資機材の内容も挿管チューブはあるものの、スタイレットやキシロカインゼリーは入っていないなど実践的に使用するための準備もまだ整っていない印象を受けました。（写真 3）



写真 3. 救急バックに入っている資機材（滅菌されていない鑷子、剪刀）

現地指導者の育成を推進したことによって自立発展性の面では大きく貢献したものの、依然、病院前診療の現場は発展途上の状態で未来の救急隊員を育成するためには、現在の職場教育と並行して、大学等において病院 前救急医療に関する教育研究を行うことが必要との提案があります。

また病院前診療の指導の体制づくりのため国立病院を中心としたインストラクターの方々により、日本のような JPTEC コースを開催することも検討されております。

今後の展望として、大学等における病院前救急医療に関する教育研究の準備、Japan Pre hospital Trauma Evaluation and Care (JPTECTM) に準拠した教育コースの開発を中心に進める予定としています。

2. JATEC に基づいた外傷初期診療

2018 年の展開推進事業「カンボジアにおける参加型開発による救急医療体制強化事業」で初めて JATEC における primary のエコー実習を行っています。

以降は病院前診療、レジトリー登録の事業が進行しており、病院内での外傷診療について全く進められていませんでした。

しかし、この数年にわたる TOT 研修、救急隊員育成の成果もあり病院前診療の技術、知識向上しつつある中、次は病院内の外傷診療の質向上も視野に入れ、今回のプログラムに JATEC に基づいた外傷初期診療の講義・エコー実習を取り入れました。

本邦研修で来日されたインストラクターに対して、日本の外傷診療（JATEC）に基づいた ABCDE アプローチに沿った診療とエコー実習を通して、どのように現地で外診

療が行われているか、どのような違いがあるかを確認しました。

基本的に同国の診療の流れとしては ATLS (Advanced Trauma Life Support) 沿って治療を行っているため大きくは変わらないとのことでしたが、現地の病院見学ではほとんどの患者がモニター管理されておらず、外傷診療の患者に対してポータブルエコーやX線検査を行っている様子は確認できませんでした。エコーを使用できるのは救急部で働く医師の中でもほんの一部で、救急外来にはエコー器材が置いておらず、実践的な使用は難しい印象で、そのまま JATEC コースの内容を現地に落とし込むことは難しいと感じました。



写真4. 現地での初期外傷診療に関する講義



写真5. ポータブルエコーを用いた実習

考察

カンボジアの病院前診療、外傷診療に携わるために当然ですがまず医療現状の把握がとても重要であり、かつ非常に難しいと感じました。本邦研修でインストラクターから得られた情報と実際の医療現場で行われていることに解離があり、現地研修前は実際に同国で必要とされるリソースが見えておりませんでした。

例えば、プノンペン市にある Calmettee Hospital に十数台の救急車両が配置されていますが、日本のように現場へ急行して救急患者の搬送する目的だけでなく、(119 コールで搬送するのは10件/日程度)、病院間搬送や自宅への搬送など様々な形で使用しており、救急車両もその用途に合わせて資器材の管理を行う必要がありました。

また、日本ではポータブルエコーや Xp を必要なときにすぐに検査できますが、Khmer Soviet Friendship Hospital の救急外来はベッドが廊下まで敷き詰められており、とてもエコーや Xp を当てられるような現場とは考えにくかったです。

このような現場で働く人たちに合わせて必要なリソースを提供するためには臨床現場のみならず公衆衛生的立場の視点も学ぶ必要があり、単発ではなく継続的、長期的関わりを持って取り組むことが重要だと実感しました。

本邦と現地研修を通して、日本とカンボジアの文化、医療現場の違いを一部分ではありますが垣間見ることができ、長年の目標であった国際医療協力の初めの一步を踏み出すことができました。

と同時に今回の研修だけでなく長期的に活動をすることで家庭医として日本の医療にどのように還元できるか模索する必要があると感じました。

今後の展望として、MPH (Master of Public Health) を取得して体系的な知識や実践力を活かして、感染症、生活習慣病などの疾病予防・対策や、保健医療政策や社会保障制度策定、地域づくりや健康の社会的決定要因への介入など、幅広いアプローチを通じて人々を健康にするために活動する素養を学びたいと思います。

さいごに

研修期間中を通してご指導くださった伊藤先生、野田先生、様々な分野のプログラムに参加する機会や将来につながる出会いを提供してくださった馬場様、小原先生、研修中、こころよくサポートを下さった青柳先生、高野様、そして国際協力局の先生方皆様に心から感謝申し上げます。研修を通して、人との御縁の中で想像していない機会を頂くことができました。何よりも国際協力の先生方やカンボジアで関わったインストラクターの方や研修生、皆さまとの出会いが何より今後の活動において良い財産になったと思います。今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。

国際協力局レジデント研修の活動報告と得られた知見

産婦人科フェロー 黒瀬大地

【はじめに】国立国際医療研究センター病院で働く医師として、国際医療協力局の活動はなんとなくは知ってはいましたが、協力局の春山医師(産婦人科医、現 JICA カンボジア非感染性疾患対策プロジェクトチーフアドバイザー)が臨床の現場に1ヶ月来て下さった際に、いきいきと国際保健協力の面白さを教えていただく機会に恵まれ、産婦人科長の勧めもあり、そんなに面白いのなら百聞は一見にしかず、飛び込んでみよう、このレジデント研修に応募しました。応募に際して研修課河内先生、レジデント研修が始まってからは研修課伊藤先生に指示を仰ぎ、研修がスタートしました。しかし国際協力とは？財源は？グローバルヘルスって？など白紙のところから、まずはできる限り勉強して調べてみることにしました。

【調べたこと1：国際協力と ODA について】国際医療協力局は、低・中所得国を中心に技術協力プロジェクト(女性と子どもの健康対策、保健政策など)への専門家派遣を行うほか、国際保健医療の研究と成果の発信、国際会議等を通じた政策提言、国内外の保健医療人材の育成などを行なっている組織です。国際協力は政府開発援助(以下 ODA)をもって日本では国際協力機構(以下 JICA)が主に二国間協力として行っています。ODA は名目としては二国間関係の強化、日本の信頼向上、国連・国際機関等での外交的な利益、日本経済の安定・成長、エネルギー・資源・食料の供給・確保、日本企業の海外展開支援(投資環境・物流の改善、市場の拡大)、在留邦人の安全などが挙げられています。無償資金協力などの贈与で行うこともありますが、多くは条件の緩やかな貸付で行っており、開発を与えられたものとしてではなく、開発途上国自身の事業として取り組む意識を高めることが、効果的な開発協力のために重要との考えに基づき、自助努力を目的としており、アジア地域に対する運輸通信電力などの経済インフラや保健セクターでの活動が多いことが特徴です。ODA 予算の 70%程度は税負担によらない国の投資活動である「財政投融资」(国債のひとつ)等で、残りの 21 %は一般会計+特別会計 9 %は出資+抛出国債によって賄われています。全体として 2015 年以降は対 GNI 比 0.7 %程度、おおよそ 2 兆円規模に抑えられています。

【調べたこと2：日本の医療保険制度について】日本で保険医をしていて気になるのは医療費ですがこちらは年間 46 兆円で対 GDP8 %程度、社会保障費全体(年金：医療：介護福祉でおおよそ 1:1:1)では 137 兆円(対 GDP22 % 2024 年)と年々大きく増加しています(図 1)。日本は皆保険であること、受診する医療機関を自由に選べること、財源に公費(38 %)が投入されていることが特徴で、患者の窓口負担は一部であることや高額療養費制度を利用することで実際よりもかなり抑えられており(図 2)、少なくとも医療費の問題が治療選択肢を狭めてしまうケースが諸外国と比べて圧倒的に少なく、大変ありがたい制度なのだとかカンボジアで改めて痛感いたしました(後述)。

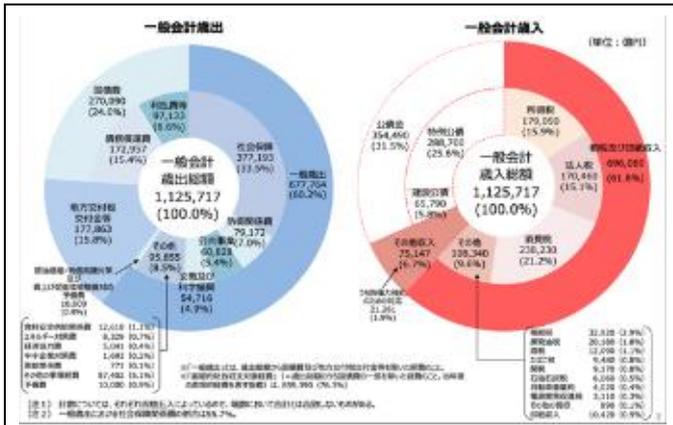


図1 令和6年度一般会計歳出・歳入の構成
社会保障費は一般歳出の55%を占める

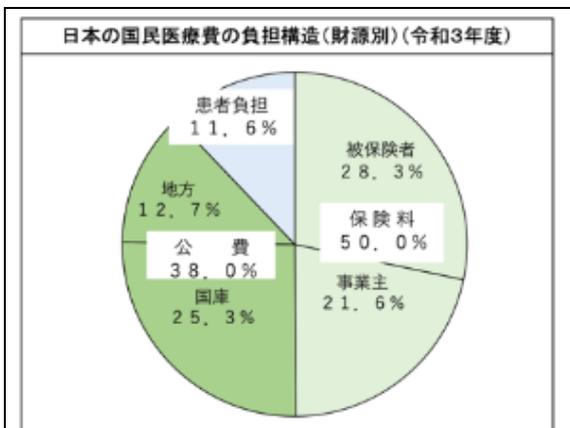


図2 日本の医療費の負担構造(厚労省ホームページより)
保険料と公費で9割、患者負担は1割程度に過ぎない

主要国の国連通常予算分担金(単位: %)

順位(注)	国名	2019から2021年	2022から2024年
1	米国	22.000	22.000
2	中国	12.005	15.254
3	日本	8.564	8.033
4	ドイツ	6.090	6.111

図3 主要国の国連通常予算分担金
日本は3位で中国の拠出額が大きい。対中 ODA は2018年になって終了している。

【研修背景・活動内容】カンボジア非感染性疾患対策プロジェクト(研修期間 2025年2月2日~2025年2月28日)

実際のプロジェクトの現場では研修実施やマニュアル開発に携わる機会をいただきました。カンボジア

は日本の半分の面積で人口は 1600 万人程度、出生数 321 万人(2021)、国の平均年齢 24 歳、経済成長率 5.8%と比較的若年層が多く、急速に発展を遂げている国です。しかし、1975 -1979 年にポルポトによる民主カンボジア政権の共産主義政策により大虐殺が行われ(インテリ層を中心に国民の 4 分の 1 が亡くなった。最後は本が読める、眼鏡をかけているといった理由だけで)大量の難民が出ました。特に文化・教育面での影響は大きく同じ所得帯の国と比べても特殊な状況が長く続いており、継続して日本の開発援助がおこなわれています。

カンボジアでは人口構成変化、ライフスタイルの変化により疾病構造にも大きく変化があり、死因の上位は肺炎、下痢、HIV、マラリアから非感染性疾患にシフトしました。カンボジアの非感染性疾患対策が拡充することを上位目標として挙げたこのプロジェクトでは、その対策戦略として糖尿病・高血圧・子宮頸がんを優先課題としてあげています。保健省および対象州(コンポンチャム州)でのこれらの実施の適正化とモニタリング、州保健局及び郡保健局の高血圧・糖尿病・子宮頸がん対策管理運営体制の構築、診断・治療の提供能力の向上が成果として期待されています。

しかし、2024 年 7 月に行われたベースライン調査では、ほとんど有効な検診・治療が行われていないことがわかり、プロジェクトに期待することとしてトレーニングを挙げる病院も多かったことから、カンボジア産婦人科学会をトレーナーとして研修を行うシステムを作りたいという考えのもと、今回 colposcopy と LEEP の技術協力を長期専門家とともに同行し、技術的に支援を行いました。

カンボジア産婦人科学会の医師ら(1 人はカンボジア史上 3 人目の産婦人科医、レジェンド。)が HPV や子宮頸がんの自然史についての講義を行った後、2 次レベルの病院の医師を対象に、コルポスコピー検査および子宮頸部前がん病変治療(熱焼灼療法、LEEP 法円錐切除術)の手技の確認とフィードバックを行いました。必要な物品、所見の取り方と記載方法、前処置や術前検査や麻酔についての確認も行いました。また 2 日目にはこれまでのスクリーニングで陽性であった実際の患者に対して検査、治療をするサポートを行いました(写真 1)。先に述べたように日本はこれまでに継続的に支援を行っており、最近のものでは JICA 草の根事業や厚労省展開推進事業などを通じて、カンボジア保健省の重鎮や現役世代のカンボジア産婦人科医みんなの師匠のような先生方と信頼関係をもって活動されているのを目の当たりにし、プロジェクトを支える血の通った関係や、それを維持するための継続的な努力の大切さや尊さのようなものを痛感しました。様々な課題に直面する中で、今回の取り組みにより目標が明確化し医療者の一番の課題であった治療のハードルが下がることで、検診がより普及し、治療率が改善する大きな前進になればと思います。改めて現地の文脈を汲み取りトレーニングの反省点も追記し、成果物としてトレーナーガイドを作成し、妥当性と安全性に配慮したトレーニングを繰り返し行うことで治療率の向上をはかるよう提案しました。

また、SOP(ガイドライン)の改訂に際しても現地のコンテキスト(病理検査がほとんど行えないなど)を鑑み、改善策について検討し、検査および治療のアルゴリズムの改訂案を作成しプロジェクトに提示しました。



写真1 Cervical Cancer training

また、2次スクリーニングだけではなく1次検診の普及のための取り組みとして、HPV 検査によるスクリーニングを目指して対象州での運用について検討し、その可能性について協議しました。コンポンチャム州病院の検査室を視察し既存の検体管理のフローを調査、一部手書きによる運用もあったため、取り違えの起きにくい方法について検討、提案しました(写真2)。現状、腫瘍統計などもないため、ゆくゆくは検診率、陽性率、前がん病変治療率などを数字として出せるよう、運用について更なる検討が必要と思われました。



写真2 コンポンチャム州立病院の検査室の視察

また、カンボジア滞在中に国立病院2つ、州病院1つ、郡病院2つを訪問する機会を得ました。国立病院では医療者も多く、提供できる医療も日本と遜色ないものもある中、例えば進行がんに対する緩和照射はすぐには行えずおよそ半年待ちであったり、病院によっては検査の種類や輸血製剤の数に限りがあったり(場所によってはなかったり)と地域や患者本人の経済状況によってまだ大きく差があることがわかりました。また、産婦人科医として陣痛室、分娩室、帝王切開の様子などを見学する機会もいただきました。

その他同じ時期にいらしていた日本の短期専門家達と糖尿病の検査や治療を阻害する要因について検討したり、神経診察のビデオを作成したり(楽しかったです)、JICA 国事務所の方や日本と同じように現地に入る欧米の NGO の方などとお話したり、派遣中にアメリカ大統領が変わって USAID が即日引き上げになったりと様々な経験をしました。

【その他の国内での活動】その他局内では、小原ひろみ先生(国際医療協力局保健医療開発課長、WHO の国際委員)には産婦人科医であるということで気にかけていただき大変大変お世話になりました。特に SRHR について海外では OTC として経口中絶薬や低用量ピルにアクセスがあること(カンボジアのドラッグストアにも売っていました)、安全性やトレースの問題、日本における違法性阻却の考え方や日本が抱える様々な課題、諸外国との社会文化的背景など、なぜなぜと質問攻めにしてしまう大変ありがたい機会でした。また、JICA 課題別研修「UHC 達成に向けた看護管理能力の向上」のアクションプランの発表を見学したり、JICA の母子手帳事業では、母子手帳をプラットフォームとして切れ目のない支援を行っていることなどを学びました。

【総括】ヒト・モノ・カネどれをとっても日本とは全く異なっており、大変多くのことを学ぶことができました。現地のコンテキストにあわせてプラン B プラン C にしなければならないことが多く、振り返って日本の医療制度・政策の強みを(弱みも)学ぶことができました。カンボジアは初等教育を修了するのが半分程度で、識字率 80 %であるため、そんなところで?というところではつまずいてしまうことも多く、その点日本は基礎教育が行き届いており人材が宝、強みだと言われる理由がよくわかりました。

子宮頸がんについては前がん病変の治療について成果をすすめる事ができました。子宮頸がんは生活習慣や遺伝以外で原因がわかっている、かつワクチンがある数少ないがんの一つで、WHO がその排除を宣言した初めてのがんとなりました。1 次予防としてのワクチン接種率はカンボジアは 9 割以上と(日本は 15 %程度で最近やっと関係各所の地道な働きかけにより接種勧奨が再開になっている) WHO が目指す目標値を上回っていますが、その排除に向けては①2 次予防として、そもそも検診を受ける女性の数をふやし検診の質を改善する②3 次予防として初期の病変の治療率、病変のケアへのアクセスなどについては、まだまだ検討が必要と考えられます。また、HPV 陽性であった場合の結果の解釈について医療者や患者の教育など課題は多く挙げられ、今後は今回行ったような研修を繰り返し行い、潜在的に多くいると思われる子宮頸がん患者数を減らしていくために、対策型検診をより強化していく必要があると思われました。

また今回、国際医療協力を携わり、制度政策についてしっかり時間をとって学ぶ機会をいただきました。例えば周産期登録や腫瘍登録がないため問題点が浮かび上がらないから政策にも反映されない(糖尿病網膜症が何人いるかもわからないからレーザー治療も進まない、進行期のがん患者が統計上存在しないから module が必要なことも問題点として上がらない)ということを知り、面倒なだけだと思っていた統計報告がないとこんな不都合が生じるのかと驚きました。普段外来・病棟・オペ室と目の前の患者さん

に対するのとは全く異なる視点で、ときには広く、ときには日本以外の視点から、ときには保険セクター以外から、普段の診療を振り返る機会となりました。また月並みではありますが、病院の中で行う医療行為はその人の健康の本当に一部で多くの人に支えられていることを改めて感じました。また、情報にアクセスがあるかということと、それを正しいコンテキストで読み取り解釈できるかは別で、JICA 専門家や現地の医療者と話していく中で、そういった公衆衛生や政策について正しく深く学びたいと思うきっかけとなりました。国境なき医師団や海外で医師として働く職業(JICA, 大使館の医務官など)も楽しそうだなと思いました。

受験勉強以来の英語も議論や提案を行う上で必要なレベルには到底及ばず、勉強し直す機会になりました。言語化し文章に起こしてそれを英訳して、など documentation についても綿密にご指導いただき、とてもありがたかったです。また、現地で働く専門家の方々が元気に楽しそうに働かれていたことも印象的でした。政治や教育など、これは時代が変わるのを待つしかないのでは?と思うこともありましたが、それでもできることをいきいきと本当に好きで得意なことを仕事にしてそれを継続しており、仕事観(?)にも良い影響を与えていただいたような気がします。

アンコールワットなどのカンボジア観光も楽しかったです(食事や観光についてカンボジア短期派遣ガイドとしてまとめたのでお立ち寄りの際はぜひ参考にしてください)。PM 2.5 がすごかったり、空港に着くや否や蚊に刺されたり、大体右側通行という他は交通法規よりもドライバー同士の運動神経頼りの運転に翻弄されたり、北半球の冬なので夜はオリオン座が見えるけど半袖でも暑いとか、とてもいい思い出になりました。

現地で密にご指導ご鞭撻いただいた春山先生、JICA 大滝専門家、小笠原調整員、カンボジア人のスタッフの方々、そして協力局の皆様、勤務調整いただいた産婦人科の皆様のおかげでできた貴重な体験でした。3ヶ月と非常に短期間の研修ではありましたが、多くの経験豊かな専門家達とゆっくりお話をすることができ、充実した研修になりました。今後のキャリアの中でゆっくりと、還元できていけたらと思います。

国際医療協力局フェロー研修を振り返って

国際医療協力局フェロー 青柳 佳奈子

1. はじめに

国際医療協力局のフェロー研修に参加した1年間を振り返り、本報告書を作成する。私自身は2024年度フェローとして、国立国際医療研究センター国際医療協力局（以下、協力局）の1年間のフェロー研修プログラムに採用された。学生時代から国際保健に関心を持ち、国際保健分野で将来働くことを目指してきた。その後、長野県の病院において、初期研修、総合診療科専門研修、家庭医療研修を修了し、総合診療科専門医を取得した。これまでの経験を踏まえ、いよいよ国際保健分野での仕事に携わりたいという思いから、本プログラムに応募した。

本研修は、国際保健医療のさまざまな課題に対応できるグローバルな視点を持つ医師の育成を目的としている。この1年間、実際のJICAプロジェクトや研修に関わりながら、現場で求められるスキルを学ぶ貴重な機会を得、国際協力の意義や考え方を学んだ。本報告書では、フェロー研修の概要、活動内容、そしてこの1年間で得た学びについて述べる。

2. 研修目的

上位目標	グローバルな視点を持ち、国際保健医療課題について対応できる能力を獲得する。
プログラム期間	2024年4月1日から2025年3月31日
プログラム目標	I. グローバルヘルスに必要とされる専門能力, II. 人材育成能力, III. 調査研究能力, IV. 政策提言能力, V. マネジメント能力, を獲得する
個人の年間目標	JICAプロジェクトの専門家として独り立ちできるようになる

フェロー研修の目的として上記のような目標が掲げられている。また、将来的にプロジェクトで働きたいという希望から、個人の年間目標として、「JICAプロジェクトの専門家として独り立ちできるようになる」ことを掲げた。

3. 研修スケジュール

関心分野としては、総合診療科として地域医療に携わってきた経験を踏まえ、「高齢化」「非感染性疾患」「人材育成」「ヘルス・システム」を挙げ、これらに関連する業務に関わった。

具体的には、国外業務として、モンゴル、カンボジア、ベトナムのJICAプロジェクトに参加し、JICAプロジェクトに派遣されている専門家の指導の下、支援を行った。

また、国際保健分野でのキャリアを築く上で、プロジェクトマネジメントを学ぶことは重要であると考えた。そのため、JICAで使用されているプロジェクト管理手法であるPCM (Project Cycle Management) や評価手法についての理解を深めることを目的とし、協力局で開催されている研修に参加者および講師として関与した。これにより、実践的な知識を得るとともに、プロジェクトの計画・運営に関する理解を深めることができた。

国内業務については、海外から研修生を受け入れる本邦研修および日本人向け研修を担当した。これらの業務を通じて、国際保健分野における人材育成の実務を経験し、研修運営のスキルを習得する機会を

得た。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
国外			① → ②			③ →			④ →			⑤ →
国内		A →	B →				C →				D →	E →

- ①モンゴル国 医師および看護師の卒後研修強化プロジェクト フェロー研修
- ②⑤カンボジア王国 非感染性疾患対策プロジェクト フェロー研修
- ③ベトナム主義共和国 フィールドトレーニング 参加者
- ④ベトナム主義共和国 遠隔技術を活用した医療人材能力向上体制強化プロジェクト 短期専門家

- A. モンゴル国 医師および看護師の卒後研修強化プロジェクト 本邦研修サプリーダー
- B. パレスチナ国別研修「糖尿病の予防・管理にかかる保健サービス強化」プロジェクト 本邦研修サプリーダー
- C. ベーシックコース サプリーダー
- D. ブータン医学教育の質の強化プロジェクト 本邦研修リーダー
- E. アドバンストコース評価 講師

4. 研修報告

国外で実施した3つの活動について以下に記載する。その後、国内で実施した活動についてまとめて記載する。

4-1. モンゴル国 医師及び看護師の卒後研修強化プロジェクト

【背景】

モンゴルでは、地域に貢献する医師を地域で育てることを目的に、2015年からJICA技術プロジェクトが開始された。このプロジェクトでは、卒後研修に関する法令の整備、そのための保健省の能力強化、卒後研修における指導医の育成とカリキュラムの開発、モデル地域での臨床研修を実施するための病院内の制度づくり、および人材育成（指導医の能力強化）を行ってきた。2021年からは、この研修プログラム（総合診療研修）を全国展開するため、プロジェクトの第2フェーズが進行している。その一環として、「指導医の在り方」や「病院間連携」を学ぶことを目的に、2024年5月20日から31日まで日本で国別研修が実施された。私はサプリーダーとしてその研修を担当し、研修で設定した目標達成に向けた支援を行うため、フェローとして出張した。

【活動日程】

2024年6月9日～2024年6月19日

【活動内容】

活動は大きく2つに分かれる。1つ目は、総合診療研修の関係者が参加する「総合診療研修プログラム責任者連携協議会（以下、連携協議会）」において、国別研修で学んだ内容が適切に共有されているかを確認し、自身が日本で受けた臨床研修の経験を発表した。国別研修参加者のプレゼンでは、それぞれが学んだ内容を反映し、明確なプランについて述べていた。自身のプレゼンにおいて、プログラム内容、病棟研修の体制、サポート体制、さらに自身の成長につながったと考えられる症例について紹介した。アンケートの集計結果からは、プレゼン内容に満足したという回答が得られた。

2つ目の活動として、国別研修参加者の病院、その他の研修病院、計4病院を訪問し、国別研修の目標の進捗を確認した。すでに研修を開始している病院の指導医がこれから研修を始める病院の指導医にア

ドバイスする場面も見られた。

【考察・感想】

国別研修に参加した指導医が、多職種に協力を呼びかけるなど、学んだことを実践している様子を垣間見ることができ、国別研修の意義を改めて認識する機会となった。

また、自身の目標として、1. JICA 技術プロジェクトにおける専門家の役割や立ち位置を理解する、2. 専門家としての態度を学ぶ、3. 自身の経験に基づいたプレゼンができるようになる という 3 点を掲げていたが、これらについては一定の達成ができたと感じている。

1つ目の目標については、2週間の活動を通じて、プロジェクトがカウンターパートと協力しながら進められていることを理解し、プロジェクトメンバーそれぞれの役割を学ぶことができた。2つ目の目標については、カウンターパートとの協議を見学する中で、相手の主体性を引き出す関わり方が重要であることを学んだ。3つ目の目標については、アンケート結果で良い評価が得られたことから、ニーズに合ったプレゼンができ、通訳しやすい日本語を意識した発表ができたと考えられる。

振り返ると、今回の出張を通じてプロジェクト全般への理解が深まり、その経験が次回以降の出張でも自身の役割を果たす上で大いに活かされたと考えられる。



連携協議会



バヤンゴル地区病院

4-2. ②⑤カンボジア王国 非感染性疾患対策プロジェクト

【背景】カンボジアでは、心血管疾患や糖尿病などの NCDs が主要な死因となりつつあるが、NCD 対策が十分に実施されていないのが現状であり、プロジェクトでは、現地の NCDs に関する保健行政と医療サービス提供の能力強化を目指している。2024 年 7 月に現状把握のためのベースライン調査が行われ、その調査に参加した。また、プロジェクトではそのベースライン調査をもとに優先活動を決定されたが、2025 年 2 月にはフェローとして優先活動の一部に取り組んだ。

【活動日程】2024 年 7 月 7 日～8 月 3 日、2025 年 2 月 16 日～3 月 1 日

【活動内容】

■ベースライン調査

調査は、カンボジア王国の首都プノンペンから東に位置するコンポンチャム州を対象として実施した。コンポンチャム州は、メコン川沿いに広がる農村地帯であり、のどかな自然環境に囲まれている。

調査では、州内にある 8 つの郡病院および 1 つの州病院における、糖尿病と高血圧の診療体制の現状

を把握することを目的とした。調査に先立ち、日本とカンボジアの診療ガイドライン、並びに WHO（世界保健機関）のガイドラインを比較し、現地で必要とされる医薬品や検査機器のリストを作成した。また、事前に各施設に対して質問票を配布し、その回答をもとに視察を行った。

調査の結果、糖尿病および高血圧の治療に使用できる薬剤の種類が非常に限られていることが分かった。特に、インスリンは州病院でのみ使用でき、それ以外の施設では対応が困難な状況であった。糖尿病の内服薬については、メトホルミンおよびグリベンクラミドの 2 剤で対応していた。

また、インスリンや検査機器に必要な試薬が在庫切れとなることがあり、糖尿病の合併症に関するスクリーニングや治療は、ほとんど行われていないのが現状であった。加えて、糖尿病の治療効果を確認するために重要な HbA1c（ヘモグロビン A1c）の検査も、定期的には実施されていないことが分かった。

上記について、チーフアドバイザーの春山先生にアドバイスをいただきながら、コンボンチャム州保健局のワークショップで発表し、ディスカッションをした。また、同様にアドバイスをいただきながら報告書の一部を作成した。

■優先活動の取り組み

2025 年 1 月時点においてプロジェクトの優先活動は、1. 定期的な HbA1c 測定（糖尿病ハンドブック改訂）、2. 治療の標準化（患者教育資材改訂/導入、糖尿病診療早見表の作成/導入）、3. 糖尿病性足病変、4. 糖尿病網膜症、があげられた。その中で、2025 年 2 月に出張した際には、大きく 3 つの活動を行った。1 つは、糖尿病ハンドブックの改訂である。7 月にベースライン調査を行った際に、患者情報や検査結果などを記載したノート（糖尿病ハンドブック）を母子手帳のよう用以て診療を行っている病院があった。保健省から配布されているものであったが、実際に使用している病院は 1 病院のみであり、情報が混在していることや、患者向け情報の偏りが見られた。日本にも糖尿病連携手帳という同様の手帳があり、医療機関の連携や患者との情報共有の目的に用いられている。既存のハンドブックを使いやすく改訂することで、検査を定期的に行うことができ、患者の啓発にもなるのではないかという考えから、糖尿病ハンドブックの改訂をすることとなった。7 月から改訂案の作成を開始し、関係者の意見を聞いて修正を重ねた。2 月の出張中には、コンボンチャム州の関係者の参加する会議で意見をもらい、最終案の提案まで行った。

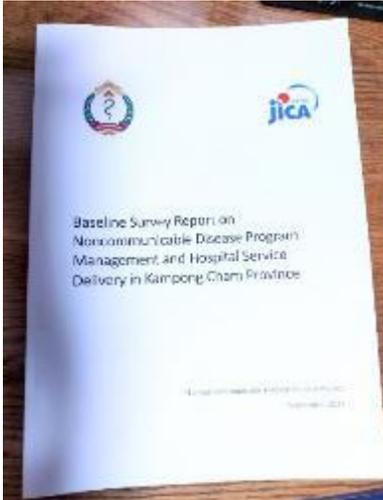
その他にも、患者教育資材や診察室に貼れるような診療早見表など提案を行った。また、糖尿病性足病変については、評価の仕方についてビデオを作成し、講義と実践演習を行った。



郡病院視察の様子



糖尿病患者カルテを確認

	
<p>ベースライン調査の報告書</p>	<p>会議の様子</p>

【考察・感想】

本プロジェクトにはフェロー研修の一環として2回にわたり参加する機会を得た。プロジェクト対象地域における課題の把握から活動の決定、指標の設定に至るまで、一連のプロセスを実践的に学ぶことができたのは非常に貴重な経験であった。また、ベースライン調査時に自ら提案した活動に引き続き関与できたことで、プロジェクトの進め方、そしてカンボジアにおける非感染性疾患（NCD）対策の実態や課題について、より深く理解することができた。

研修を通して得られた学びは大きく3点ある。

第一に、日本の医療が世界の常識ではないという事実を実感した点である。コンポンチャム州における検査や治療の選択肢は日本と比べて非常に限られており、診断から治療に至るプロセスにおいて何を優先すべきか、どのように判断すべきかについて大いに悩んだ。しかし、WHOのガイドラインや国際的な文献を参照する中で、多くの低中所得国では限られた資源の中で必要最低限の検査と治療を行っていることが分かった。これにより、自国の医療常識をそのまま他国に当てはめるのではなく、対象国や地域の現状や背景を理解し、現地の視点に立って考えることの重要性を学んだ。

第二に、行政単位での物事の進め方についての理解を深めることができた。これまで行政機関での業務に関わった経験がなかったため、意思決定がどのように行われ、それが現場にどのように反映されるのか明確には理解できていなかった。今回の研修を通じて、州レベルでNCD対策を推進するにあたっては、まず意思決定機関を明確にし、その構成メンバーを適切に選定すること、そして活動が形骸化しないようにすることが極めて重要であることを学んだ。7月の渡航時には、プロジェクト内でコンポンチャム州の技術作業部会に関する議論が行われており、メンバー構成や今後の進め方について協議されていた。2回目の渡航では、結成された技術作業部会において提案を行う機会があり、意欲的なメンバーのもとで活発な議論が展開された様子を目の当たりにした。以上、重要な取り組みを進めるには、機能する意思決定の枠組みを構築することが不可欠であることを実感した。また、プロジェクトの専門家が現地のカウンターパートと信頼関係を築き、継続的に対話を重ねている姿から、信頼構築の大切さについても深く学ぶことができた。

第三に、研修を通じて、根拠に基づいた意見の提示や論理的な思考、そして効果的なファシリテーショ

ンについて、自身の成長を実感する機会を得た。プロジェクトの皆様、とりわけ春山先生には、私の意見や提案にも丁寧に耳を傾けていただき、より説得力のある発言を行うにはどうすればよいかを考えるきっかけをいただいた。自分なりに文献を調べ、ガイドラインや標準手順書を整理し、相手の求める情報を的確に提供することができるように工夫をした。また、ファシリテーションの技術についても重要な学びがあった。2月の渡航時には2度のファシリテーションの機会があり、1回目の会議では議論が一方的になってしまったが、2回目の会議では専門家やプロジェクトアシスタントと事前に打ち合わせを行い、議論の方向性を整理した結果、参加者の意見をより引き出すことができた。この経験を通じて、効果的なファシリテーションには事前準備が不可欠であり、議論の構造をあらかじめ整理し、参加者の発言を促すための工夫が必要であると学んだ。

1回目の渡航後も継続して春山先生からご連絡をいただき、1年間を通じてプロジェクトに関与できたことはとても有意義であった。NCDは今後も関わっていききたい分野であり、今後も継続して情報をアップデートしながら、今回の研修で得た学びを将来に活かしていきたい。

4-3. ベトナム主義共和国 遠隔技術を活用した医療人材能力向上体制強化プロジェクト

【背景】ベトナムでは、経済成長に伴い平均寿命が延びる一方、都市部と地方部の医療格差が課題となっている。特に北部内陸・山岳地域では、下位医療機関の医療サービスの質が不十分で、上位医療機関への患者集中が慢性化している。この状況に対し、上位医療機関から下位機関への知見や経験の共有、指導を効率的に行う手段として遠隔医療が期待されている。この流れを受け、JICAは2024年7月から5年間の予定で「遠隔技術を活用した医療人材能力向上体制強化プロジェクト」を開始した。イエンバイ省の2郡を対象に遠隔医療のパイロット事業を実施し、保健省とともに政策整備を進めるとともに、知見の共有拡大と医療人材の能力向上を図ることを目指している。今回、対象郡2郡の遠隔医療実施状況を確認し、下位の医療施設への活動の実施可能性について分析するために短期専門家として協力局人材開発部長の村上先生とともに派遣された。

【活動日程】2024年11月28日～2024年12月12日

【活動内容】

出張前に遠隔医療についてのWHOガイドラインを読み、自身が取り組むべき領域を整理した。今回のプロジェクトでは、医師同士の遠隔医療が対象であり、デジタルツールに関してはIT専門家が検討を行う予定であった。そのため、短期専門家としての自身の役割は、診療項目を決定することにあると明確になった。

また、これまでの病院での聞き取り調査から、救急疾患、糖尿病とその合併症、高血圧、COPD、精神疾患などに対する需要が高いことが判明していた。そのため、それらの疾患に関する診療の現状を把握する必要があると考え、診療内容を細分化し、病院レベルごとにリストを作成した。作成したリストを事前に送付し、回答を得た上で調査を実施した。

出張中は、イエンバイ省内の2つの郡（イエンビン郡、ルックイエン郡）の医療施設（郡保健センター、コミュニケーションヘルスセンター、ポリクリニック）を視察し、現状の診療内容、遠隔医療の実施状況、および直面している課題について調査した。その結果、コミュニケーションヘルスセンターおよびポリクリニックでは、主に糖尿病や高血圧の継続処方が行われており、外傷患者が多く、医療スタッフが現場に出向くケースもあることが分かった。また、郡保健センターでは、イエンビン郡に比べてルックイエン郡の診療内容が

より限定されているという現状を把握した。

遠隔医療の実施状況については、Zalo という SNS を活用した相談が主な手段となっていることが確認された。また、下位病院が抱える課題として、外傷対応時の判断が難しいことが挙げられた。さらに、心電図や超音波などの診療に関しては、規定された研修を修了し資格を取得しなければ保険請求が認められないという制度上の制約があることも明らかになった。

IT 専門家の評価に基づき、ビデオ通話および画像共有システムの導入が検討された。また、調査結果を踏まえ、遠隔医療の対象疾患を、救急疾患（心筋梗塞、脳梗塞、外傷）、慢性疾患（高血圧、糖尿病、糖尿病網膜症）、その他（上部消化管内視鏡、下部消化管内視鏡、手術など）に分類し、イエンバイ省のカウンターパートに提示することができた。

【考察・感想】

遠隔医療の分野に関わるのは今回が初めてであったが、事前に WHO のガイドラインを読み、関連情報を整理していたことで、自身の役割や進めるべき方向性が明確となった。診療項目の決定にあたっては、対象疾患が幅広く、調査内容も多岐にわたったが、これまで総合診療科として日本の地方にある一次から三次医療機関で勤務してきた経験が大いに生かされた。

また、さまざまなレベルの病院を視察調査するという点においては、これまでに参加したカンボジアにおける NCD（非感染性疾患）対策の調査出張と共通する部分が多く、調査準備から結果のとりまとめ、報告書の作成に至るまで、これまでの経験を生かすことができた。

実際に調査を行ってみると、遠隔医療によって可能となることには限界があることが明らかとなった。通信機器や診療機材の不足、医療従事者の診療能力の差、制度面での未整備など、遠隔医療のみで解決できる問題ばかりではないと感じた。

WHO の文書や関連文献を調査する中で、遠隔医療の大枠に関する枠組みや方針は既に整理されつつあるものの、実装の過程や運用の詳細に関する知見はまだ十分に蓄積されていない印象を受けた。日本においても遠隔医療は今後さらに注目される分野であるため、引き続き情報収集を行い、知見のアップデートに努めていきたい。

JICA 短期専門家としては、プロジェクトの前後の文脈を理解すること、提案をする際には相手に分かりやすい形で提示することを心掛けた。IT 関連のことは理解が難しく、チーフアドバイザーの田中先生、短期専門家としてご一緒した人材開発部長の村上先生が適宜アドバイスをくださったことで、活動ができた。短期専門家の役割など学ぶことができ、今後も活かしていきたい。



ルックイエン郡病院の医師らと



JICA 事務所での報告

4-4. その他の活動

国内業務として、モンゴル、パレスチナ、ブータンの3つのプロジェクトにおける国別研修と、日本人向けの2つの研修を担当した。国別研修では、1~2週間の研修プログラムの構築、受け入れ機関との調整、スケジュールの調整などを行い、研修当日はファシリテーションを担当した。

研修の実施には多くの関係者が関わっており、それぞれの立場や意見の調整が求められた。関係者ごとに意見が異なるのは当然であり、相手の立場を理解しつつ、研修参加者にとって最良の研修となるよう調整を行うことが重要であると学んだ。

5. 考察・所感

フェロー研修の1年間を通じて、主に3つのプロジェクトに参加する機会を得た。特に、「カンボジア王国 非感染性疾患対策プロジェクト」および「ベトナム社会主義共和国 遠隔技術を活用した医療人材能力向上体制強化プロジェクト」は、開始から1年以内のプロジェクトであり、その活動計画や指標設定に関する議論に参加し、提案を行う機会を得ることができた。

また、これらのプロジェクトに参加する際、日本人向け研修におけるフィールドトレーニングを通じて学んだPCM (Project Cycle Management) 手法や、アドバンスコース評価で得た評価手法の知識が大いに役立った。これにより、プロジェクトに対する理解がより深まり、年間を通じて体系的な学びを得ることができた。

特に「JICA ベトナム社会主義共和国 遠隔技術を活用した医療人材能力向上体制強化プロジェクト」では、短期専門家として調査に参加し、プロジェクトへの提案や報告書の作成を行うなど、より実践的な業務に携わることができた。この経験を踏まえ、個人の年間目標である「プロジェクト専門家として独り立ちできるようになる」という目標については、自身の関連分野において概ね達成できたと考えられる。今回の研修では、5つの能力（I. グローバルヘルスに必要とされる専門能力、II. 人材育成能力、III. 調査研究能力、IV. 政策提言能力、V. マネジメント能力）を身に着けることを目標とした。

I. コミュニケーション能力、II. 国際保健分野専門能力、III. マネジメント能力、V. 人材育成能力については、JICA 技術協力プロジェクトへの参加や本邦研修の運営を通じて向上することができたと考えられる。特に、プロジェクトの実務経験を積むことで、国際保健分野における実践的な知識とスキルを深めることができた。ステージ別到達目標（[参考 URL](#)）に照らすと、ステージ1には到達できたと認識している。

一方で、IV. 調査研究能力、VI. 政策提言能力については、1年間の研修期間内に研究活動や国際会議へ関わらず、十分に能力を向上させることができなかった。そのため、ステージ別到達目標のステージ1には到達できていないと認識している。

特に調査研究能力および政策提言能力の向上は今後の重要な課題であり、今後のキャリアにおいて重点的に取り組むべき分野と考えている。今後は、研究活動への積極的な参加や、政策提言に関する業務経験を積むことで、これらの能力の向上を図りたい。

6. 謝辞

国内外のさまざまな業務に携わる貴重な機会をいただき、また、挑戦の場、成長の場をいただきましたことに深く感謝申し上げます。協力局の皆様のご支援とご指導の賜物であり、この場をお借りして心より御礼申し上げます。

2024年度 国際臨床レジデント研修
/国際医療協力局フェロープログラム 報告書

2025年3月発行
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
Info@it.negm.go.jp
WWW.negm.go.jp/kyoukuhp/

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



9784909675927