

2025 年度



国際保健医療協カレジデント研修
活動報告書

はじめに

国立健康危機管理研究機構 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度に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、今後も強力に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。

2025年度は当センターのレジデント・フェロー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」が実施されました。研修では、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機構としての組織改編が行われたため、2025年度は1年間のプログラムである「国際医療協力局フェロー」の募集は行いませんでした。2026年度より再開する予定です。

本報告書では2025年度に「国際保健医療協力レジデント研修」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。

【志望動機】

私が国際保健医療協力レジデント研修を志望した理由は、医療を取り巻く前提条件が大きく異なる現場に身を置き、人の健康を規定している要因について肌で感じ、自分に何ができるかを実地で考えたいと感じたからでした。もともと当院にこのような研修プログラムがあることを知り、当院での後期研修を決めました。

2018年にマラウイ共和国を訪れた際、濁った水を人々が当たり前のように、むしろ嬉しそうに飲んでいく光景を目にしました。そのとき、医療以前に生活環境そのものが健康を大きく左右している現実を強く実感し、国際協力を興味を持つきっかけとなりました。

その後、医療資源や地域差の大きい茨城県内の大学病院や関連病院で研修を行う中で、同じ国内であっても、居住地や社会的背景によって受けられる医療や健康状態が大きく異なることを日常的に経験しました。これらの経験を通じて、個人の努力や医療技術だけでは説明できない「健康を決める因子」について、より深く考えるようになりました。

JIHSの国際医療協力局では、局員の方々がそれぞれのバックグラウンドを活かしながら、JICAなどの組織とも協力し国際協力を日夜従事されていることを知り、ぜひ私も国際協力の現場に関わってみたいと思い応募させていただきました。また、現場での経験を通じて自身の価値観や思考の前提を見直すきっかけにしようと考えました。

【研修期間】

2025/10/1～2025/12/31

・本邦研修：

2025/11/12～11/14 JICA「感染予防と管理：薬剤耐性と医療関連感染」

・海外研修：

① JICA「ベトナム国遠隔技術を活用した医療人材能力向上プロジェクト」

2025/11/16～2025/11/26 ベトナム社会主義国

② Global Surgery2030を踏まえたマラウイ共和国における取り組みについて

2025/12/8～2025/12/21 マラウイ共和国

【研修内容】

レジデント研修を開始してすぐ、昨年度の NCGM グローバルヘルスベーシックコースを受講し国際保健医療協力の基本について学びました。国際保健医療協力について、大学で学んだ際には社会医学の一貫としての知識がメインであり、自分の知識や関心が医学的側面にかかなり限定されていることに気が付きました。例えば、岩本先生と佐藤先生の母子保健のアドバンスドコースの打ち合わせに同席した際に気がついた印象的なエピソードなのですが、低中所得国における母子保健において、妊婦が医療機関を受

ける際の遅れを示した The three delays model というものがありますが、これは Delay 1: 決定の遅れ (家族や本人が受診を決めるのが遅れる)、Delay 2: 施設への到達の遅れ (交通・距離・費用など)、Delay 3: 医療施設内での遅れ (適切なケアが受けられない) という 3 つの因子が指摘されています (Thaddeus & Maine, 1994)。

妊婦が実際に病院で診察・治療を継続し、安全な出産を終え、日常生活に戻るといいう長い日常の流れの中で、超えなくては行けないハードルがいくつもあり、いかに丁寧にそれをすくい上げ、検討していくかが大切なのだと知りました。私が日常診療で患者と接する場面というのは、あくまで病院に受診に来たあとであり、そこに至るプロセスや病院から帰ったあとの状況に対する想像が欠如していたことに気が付きました。

また、2025 年は第 40 回日本国際保健医療学会学術大会が帝京大学の板橋キャンパスで 2025/11/1～11/2 に開催されました。せっかくの機会なので参加する予定でしたが、急遽予定が入ってしまい残念ながら当日は参加することが叶いませんでしたが、本田先生と予演会の座長を担当させていただきました。まだレジデントの身分であり、これまでそもそも座長を経験したことがない上に、英語でのセッションもあり緊張しました。本田先生と小原先生のサポートもあり、なんとかある程度は予定表通りに進めることができましたが、質疑応答が盛り上がりすぎて時間がおしてしまったり、逆に質問がなくフロアに問いかけたりと思った以上に臨機応変な対応が求められ、とても新鮮な体験でした。

予演会は 2 日に渡って開催されたのですが、局員の方々が普段どのような活動をされているのかを知るととてもいい機会となりました。まだ右も左もわかっていない私の質問にも丁寧に回答してくださり、とても嬉しかったです。一言に国際医療協力局とは言いますが、活動内容は多岐にわたっており、特に医療以外の分野にも目を向けて考えるきっかけとなりました。

JICA 課題別研修「フランス語圏アフリカ女性と子どもの健康改善研修」のアクションプラン発表会にも参加させていただきました。参加者の熱量が予想以上で、質疑応答が盛り上がり毎回時間をおしてしまうという状況にとっても驚きました。なかでも、“Women are not dying because of diseases we cannot treat. They are dying because societies have yet to make the decision that their lives are worth saving.” という言葉を初めて聞いたのですが、母子保健に限らず参加者の誰もが健康問題について自分事と捉え、行動しているという事実に感銘を受けました。自分も同じくらいの熱量をもって研修に望みたいと思うきっかけとなりました。

その経験を旨に、11 月 12 日からは JICA「感染予防と管理：薬剤耐性と医療関連感染」に参加させていただきました。やはり参加者の熱意が満ち溢れており、一気に討論が白熱し、次々と質問が飛んでくるといいう状況に圧倒され、畏敬の念を抱きました。普段は外科のレジデントとして抗菌薬は日常的に使用しているため、自分ではわかっているつもりでしたが、いざ彼らの話を聞くと、いかに表層的な部分しか見えていないかという部分を思い知らされました。私が研修してきた病院ではどこでもすでに感染コントロールチームがあり、抗菌薬の適正使用についてすでにシステムが構築された後だからこそ、表層的な部分だけ見ているだけでも比較的うまく機能していたのだと気付かされました。感染症のサーベイランスシステムなどについても、普段何気なく書いている報告用紙がどのように登録されているかや、なんとなく見ている感染者数の速報の裏側がどうなっているかなど、感染症研究所の職員の方々のお陰で状況が望ましい形で整えられていることを知りました。

ここからは実際に海外派遣を通して学んだこと、感じたことを記します。

① JICA「ベトナム国遠隔技術を活用した医療人材能力向上プロジェクト」

2025/11/16～2025/11/26 ベトナム社会主義国

[目的]

- ・ 中所得国であるベトナムにおける各医療機関の役割を学ぶ。
- ・ ベトナムにおける都市部・地方での医療機関の違いを認識する。
- ・ JICAの技術協力プロジェクトがどのように進行するかを学ぶ。
- ・ 遠隔医療導入に必要なステップを学ぶ。
- ・ ベトナムの文化的側面に関しても見聞を広げる。
- ・ 国際協力・公衆衛生について主体的に学び、キャリアパスを考える材料とする。

[研修内容]

現在のベトナムでは、非感染性疾患の増加による疾患の慢性化が進み、長期に渡るフォローアップの需要が増大しています。また、ベトナム北部では山岳地帯があったり、少数民族がいたり医療アクセスが難しい地域も存在しています。一方で、地方に常在する医師数は少なく、また都市部と比較すると医療の質の担保が難しいのが現状です。住民たちが質の良い医療を求め、省レベル以上の病院への通院を望む傾向が強くなっており、病院のキャパシティを大きく超え、患者が都市部に集中しています。結果として地域だけでなく、都市部での医療の質低下を招く危険もあるため、地方の下位病院でも良質な医療が提供できる体制を作ることが必要とされました。「ベトナム国遠隔技術を活用した医療人材能力向上プロジェクト」は、主にベトナムの地方での医療サービスの質向上を目的としたプロジェクトであり、Project purposeとして遠隔医療の実施を通じて地方と保健省の医療人材能力の強化を挙げています。2024年7月から開始されたプロジェクトであり、11月の時点ではITのプラットフォームを設立するというステップでした。チーフアドバイザーである田中先生のご厚意により、この技術協力プロジェクトを見学させていただけることになりました。

前半(2025/11/17-11/21)はベトナム北部のラオカイ省へ出張しました。遠隔医療のための遠隔医療機器導入に向けてIT短期専門家の鈴木さんの出張に同行し、機材導入に向けた打ち合わせと、現地ITスタッフと今後についての意見交換を見学しました。また、セキュリティに対する確認も行いました。中所得国であるベトナムにおける地域医療センターやPolyclinic、Health Centerといった下位病院を見学し、現地のスタッフにインタビューすることで地域の医療格差問題や、医師の診療の質の確保について学びました。

後半(2025/11/24-11/25)は首都であるハノイにあるJICAのオフィスにお邪魔し、保健省との会合に同席しました。ラオカイ省へ出張の結果も踏まえ、実際に使用するソフトウェアについてほぼ同意を得ました。

[所感]

ヘルスセンターやポリクリニックには、配属医師が1～3名、Assistant Doctorを含めても2名程度で診療を行っている施設が多く見受けられます。主な診療対象は高血圧症や糖尿病などの非感染性疾患で

あり、生活指導を含む保健所的な役割も担っております。一方で、挿管器具や電氣的除細動機は設置されておらず、検体検査が可能な施設は限られており、中には血圧計が十分に整備されていない施設も確認されました。外来患者数は1日あたり20~60人程度であり、いずれの施設にも薬局が併設され、抗菌薬や降圧薬などの基本的な薬剤は常備されております。

救急対応については Duty day 制度が存在するものの、実際にはかかりつけ医が時間外も含めて対応しており、医師個人の電話番号が掲示され、24時間365日の対応体制となっております。ベトナムでは医師国家試験や初期研修制度が存在しないため、卒業と同時に医師として勤務を開始します。若手医師の多くは上位病院でのトレーニングを希望しており、地域病院を志望する医師は多くありません。そのため、奨学金の支給と引き換えに地方勤務を義務づける「地域枠」制度が導入されていきました。

各診療所の Medical Doctor および Assistant Doctor に聞き取りを行った結果、主な課題として機材不足および人材不足が挙げられました。画像診断は超音波装置のみに依存しており、慢性疾患のフォローは可能である一方、新規疾患の診断には限界があります。また、北部地域には独自の文化を有する少数民族が存在し、加えて通院に長距離移動を要する地域も多く、患者の受診負担は大きい状況です。上位病院への搬送には時間を要し、搬送中に容体が急変する症例も少なくありません。医療財政面では、公的保険による基礎給付に加え、同一施設内で保険外サービスを私費で上乘せする仕組みが一般的であり、病院の独立採算制と強く結びついております。社会保険方式ではあるものの、患者の自己負担割合は高いのが実情です。

一方で、下位病院から上位病院への紹介システムは概ね良好に機能しており、確認できた範囲では極端な無医地域は認められません。少数民族に対しても担当するヘルスセンターにおいて診療が提供されており、最低限の医療提供体制は整備されていると考えられます。また、医療機材の供与はそれ自体が歓迎され、医療の質向上に寄与する可能性が高いと考えられます。協力をを行うにあたっては、ベトナムに限らず、相手国の制度や文化的背景を十分に理解し、現地の状況に即した対応を行うことが不可欠です。

遠隔医療の形式としては、①予約診療と②救急医療の二つのパターンを想定しております。予約診療では、ヘルスセンター/ポリクリニックが事前に上位病院の診療科と時間を指定して診療を行います。救急医療においては、予約外で上位病院と通信を行い、現地医療スタッフがリアルタイムで診察を受ける形を想定しております。いずれの場合も、PACS を用いた心電図・超音波画像の共有、ビデオ通話、電子カルテ画面共有を通じた診療が可能です。

上位病院側の体制としては、日本の当直制度のように待機医師が一次的にコンサルトを受け、必要に応じて専門医へ相談する形式、あるいは内科・外科ごとに曜日別で待機医師を配置する形式などが考えられます。下位病院側があらかじめ診療科を指定する方法も含め、病院規模や医師数、当直体制の違いを踏まえ、現地医師と十分に協議しながら検討する必要があります。



ラオカイ省総合病院 No. 1 で会議後

② Global Surgery2030 を踏まえたマラウイ共和国における取り組みについて
2025/12/8～2025/12/21 マラウイ共和国

[目的]

レジデントとして同施設の外科領域を含む NCDs 対策の活動を現地視察し現地関係者から聞き取りを行い、以下の項目を目標とする。

- ・ マラウイ共和国における NCDs 対策の現状を理解する。
- ・ 公衆衛生的な観点から、外科関連領域で問題となっている SSI に関して知見を深める。
- ・ Global Surgery 2030 の項目がどの程度達成できているかを知る。
- ・ 以前の派遣時に確認した 2018 年の麻酔科医師の派遣の結果など、これまでの国際協力の現状と課題を理解する。

[研修内容]

近年、世界の死因構造は大きく変化し、NCDs (非感染性疾患) は全死亡の約 74% を占めるまでに増加し、感染症や母子保健に続く国際保健の最重要課題となつていっています。NCDs の多くは外科的治療を必要とするにもかかわらず、低・中所得国では外科医療へのアクセスが著しく不足し、世界人口の約 50 億人が安全な手術を受けられない状況にあります。外科医の不足、手術室や麻酔設備の欠如、財政的負担など、外科医療の普及には多くの障壁が存在しており、こうした背景から 2015 年に Lancet Commission が「Global Surgery 2030」を発表し、外科医療を国際保健の中心に位置づけ、アクセス改善・人材育成・財政的保護を世界的目標として掲げました。これにより外科医療は国際的に重要視される分野へと転換しました。

マラウイ共和国は南部アフリカに所属する内陸国で、農業従事者が約 80% を占め、一人当たり GDP 約 550 ドルと世界最貧国のひとつです。極度貧困率 70% と経済的脆弱性が極めて高く、医療財源の半数以上を外部援助に依存しています。医師数 0.02/1000 人、看護師 0.5/1000 人と医療人材は深刻に不足し、一人あたり医療支出も約 US\$30～40 と最低レベルです。また、医療構造は地域保健施設から中央病院までの 4 層構造ですが、専門医が配置されるのは上位施設に限られ、外科医療アクセスには大きな地域格差が存

在しています。こうした背景を踏まえ、母校である筑波大学と提携する Kamuzu 保健医療大学および Kamuzu Central Hospital を訪問し、マラウイ共和国における外科領域を含む NCDs 対策の現状を把握することを目標としました。現地で実際にどのように外科診療が行われているか、SSI 予防や抗菌薬投与、手術器具・麻酔機材の使用状況、患者データの保存方法など、周術期管理の実態を確認しました。また、Global Surgery 2030 が掲げる 6 指標（アクセス、人材密度、手術件数、POMR、財政的保護など）がマラウイでどの程度達成されているかを検討し、2018 年の派遣時からの変化として麻酔科医不足や術前評価体制の改善状況、悪性疾患治療の変化などのインタビューを行いました。

余談ですが、派遣直前に体調を崩してしまい、やっとでさえメールのやり取りが遅く（5～10 件に対して 1 件程度の返信頻度でした）研修受け入れの可否や宿なども決まっていない状況のなか、更に作業が遅延してしまい、invitation letter がもらえず eVISA の取得が遅延。はじめからギリギリまで letter が来ないことはなんとなく予想していたので、空港についてからその場で VISA を取得すればいいやと思っていたのですが、なんと渡航予定日の 1 週間前に空港での VISA 取得が不可になりました、とのこと（大使館まで電話しました）。申請に 5 日程度かかりますとのことで泣く泣く飛行機をキャンセルし予定を立て直したところ、申請翌日には承認のメールが…。慌てて伊藤先生、野田先生、馬場さんにメールし渡航予定を正式に決定。休日なのにお騒がせしました。

[所感]

本研修では主に Kamuzu Central Hospital (KCH) および関連施設を視察し、Global Surgery 2030 の主要指標に基づき医療アクセス、人材、手術件数、周術期死亡率、財政的保護の観点から現状を評価しました。マラウイの医師数は 0.02/1000 人と著しく少ないですが、外科医は更に国内約 50 名にとどまり、手術可能な Central Hospital は国内 3～4 施設に限定されるため、紹介遅延により進行癌や致死性急性腹症での初診が多いとのことでした。Regional Hospital 以下の病院では基本的に医師は不在です。とはいえ、4 施設だけで手術加療を行うのは限界があるため、Regional Hospital では Clinical Officer が虫垂切除術や鼠径ヘルニア修復術、四肢切断術などの小手術を担当しています。もちろん、急性腹症や悪性腫瘍の手術など大手術は Central Hospital にて外科医師による執刀が必須であり、アクセスは依然として不十分です。小手術であれば、各地区の Regional Hospital で行えるため目標の 80%近いアクセスは達成できる可能性が高いですが、大手術に限定すると 60%にも満たないだろう、とのことでした。人口 10,000 人あたりの外科医師数は 2.5 人で目標の約 1/8、また手術件数は 1,000 件以下で目標の 1/5 以下と推定されています。周術期死亡率ははっきりとした数字は出ていないものの、アクセスの問題や医療資源不足が顕著であり、明らかに致死率が高い印象でした。マラウイでは公的病院を受診した際の料金はすべて公費で賄われるため、治療そのものの患者負担は無料ですが、遠方から来院する場合などは交通費が高額になることが多いです。交通費が払えないと判断した場合は治療を自己中断するケースが多く、その結果医療財源の内訳の自己負担支出は見かけ上少なくなっています。公的サービスが充実しているゆえに自己負担が少ないのではなく、そもそも医療費として捻出できる金額を国民が持ち合わせていないということがわかりました。

KCH では停電や機材再利用、手指衛生の不備など清潔保持に課題があり、電気メスや挿管チューブなど単回使用が望ましい器材も消毒再利用されていました。病理診断は国内で KCH のみが対応し、結果判明まで 2 週間以上を要し、画像診断も夜間 CT が困難で診断遅延が生じることもあります。悪性腫瘍は紹介

遅延により進行例が多く、根治術より姑息術が中心ですが、2025年に開設された National Cancer Center により化学療法体制は改善しつつあります。もともとは放射線治療も行う予定でしたが、こちらに関しては機器導入などの遅れにより遅延しており、現在は行われていません。SSI 予防では術前抗菌薬投与や WHO チェックリストの運用は徹底されている一方、手洗い環境や消毒薬の選択は改善の余地が大きかったです。紙カルテ中心でデータ収集が統一されておらず、周術期死亡率の正確な把握も困難な状態でした。



今後の協力可能性として、手指衛生の改善、単回使用器材の導入、病理・画像診断体制の強化、SSI サーベイランスシステムの構築、症例登録の標準化、さらに排便コントロール介入による急性腹症予防などが挙げられ、外科医療の質向上とアクセス改善に寄与し得ると考えられました。Dr. Mwafulirwa のご厚意で術野にも入れていただきました。

【謝辞】

在局中に本当に多くのご支援とお力添えをいただき、心より感謝申し上げます。日々の業務の中で、皆さまから伺った数々の貴重な経験談は、私にとって大きな学びとなり、視野を広げるきっかけとなりました。困ったときにはいつも温かく助けてくださり、その度に心強さを感じていました。

また、マラウイ渡航の際には、マラリア対策に加え、長時間フライトの過ごし方についても、皆さまそれぞれが工夫を凝らしたアドバイスをたくさんいただきました。何度も渡航を経験されているからこそその知恵に触れ、尊敬の気持ちが湧くと同時に、「これも試してみよう」と準備の時間がとても楽しくなりました。

さらに、私の発表にも耳を傾け、真剣に受け止めてくださったこと、そしてここでは書ききれないほどのたくさん全てのサポートに支えられてきたことを、改めてお伝えしたいです。皆さまからいただいた学びと励ましを胸に、これからも精進してまいります。本当にありがとうございました。

はじめに

私は普段は国立国際医療センター (NCGM) 総合診療科にレジデント3年目 (卒後5年目) として勤務しています。学生の頃から Public Health、特に途上国における感染症対策やフィールドワークに興味がありました。それは大学時代にフィリピンで1か月の感染症に関するフィールドワーク研究を手伝わせて頂いた際に最も vulnerable な人々に焦点を当てた仕事であると感じ、更に研究という性質上そこで得られた知見が世界中の同様の人々の助けになると感じたためです。そのため大学卒業時から医師としての基礎的な臨床力を身につけた後に Public Health に携わる進路を取りたいと考えていました。

ncgm ではレジデント研修を3年間行う中で最大3ヵ月間にわたって国際医療協力局で研修を行うことができます。3年間の臨床力を涵養する研修の中で、日本で途上国に対する医療協力を最も積極的に行っている国際医療協力局において研修を行えることは Public Health に携わる進路を取るうえで大きな経験になると思い本研修への参加を希望しました。

研修内容の選定

国際医療協力局では局内の職員の方々が、日本国内や途上国に派遣された状態で Public Health に関わる種々の協力をしていると伺いました。レジデント研修ではそうした多様なプロジェクトの中で自身が興味を持ったプロジェクトに参加させて頂くことができます。さらに、局外の医療協力に関する案件でも興味を持ち自身で調整ができるならば研修の一環で参加することもできます。

私は学生時代にお世話になっていた研究室が途上国で感染症研究を行う研究室であり、私が Public Health に興味を持つきっかけにもなったものでした。今回、国際医療協力局で研修をさせて頂くにあたって私はなるべく長期で途上国に渡ることによって現地の保健医療の現場で経験を積みたいと考えていました。そのため、大学の研究室に途上国で実施している研究で手伝わせて頂けるものがないかを聞き、いくつかの研究拠点をご紹介いただきました。その中で最も途上国の保健医療体制を学べそうであった点からザンビアの貧困地域にある病院で行われる敗血症疫学研究への参加を希望し国際医療協力局の先生方および大学の研究室の先生方に御快諾頂き研修先が決定しました。

またザンビアで研修を行うことが決まってから、ザンビアで国際協力機構 (JICA) が現地で行っているプロジェクトも見学させて頂けることになり上記の敗血症疫学研究と併せて研修内容となりました。

研修日程 (国際医療協力局勤務; 2025年10月1日-12月31日)

2025年10月6日(月)-10日(金)

JICA プロジェクト「感染症対策のためのラボサーベイランス強化プロジェクト」の見学

2025年10月13日(月)-12月19日(金)

「Kanyama Level One 病院における敗血症疫学研究」への参加

JICA プロジェクト「感染症対策のためのラボサーベイランス強化プロジェクト」

上記のプロジェクトはザンビアにおいて、2023年より展開されているザンビア国立公衆衛生研究所レ

ファレンス・ラボラトリー（ZNPRL）を対象に検査技術の能力向上、ラボマネジメント能力の向上、ステークホルダーとのネットワーク強化を行うことを目標としたプロジェクトです。本プロジェクトはザンビアの主体的なラボベースサーベイランス運用向上に寄与することを目的としています。

本プロジェクトは2023年4月から2028年4月までが活動期間であり、活動期間の半分である2年半経過時点でのサーベイランス構築に関わる活動の評価が行われることになりました。

今回2025年10月初頭に外部専門家が招聘され視察を行うことになっていたため、視察に同行しました。

まずプロジェクトのチーフ専門家よりプロジェクトの概要や現状、問題点を講義していただきました。現在はコレラのアウトブレイク対応を中心に活動しており、過去のコレラアウトブレイクのホットスポットを基にした国内4つの州に5か所の拠点があることを伺いました。首都のLusaka内ではKanyamaとChipataという2か所の地区にあるLevel One Hospitalで活動しておりその他東部州、中央州、北部州の3か所に活動拠点があることをお聞きしました。その後実際にLusaka内の拠点であるKanyama Level One Hospitalおよび北部州の拠点Mpulunguを訪れました。MpulunguではUrban Clinicを見学したほか、直近でコレラの流行が起きていた湖畔の村Kabyolweを見学しました。

【Kanyama level one hospital 訪問】

Lusaka内の貧困地域にある一次病院でLusaka内のコレラアウトブレイクは大体がKanyamaから始まっているとのこともありstudy拠点に入っていると伺いました。Kanyama level one hospitalではスタッフの入れ替わりが激しくプロジェクトに関して説明しても病院スタッフへの定着が難しいことが課題にあるそうですが、実際外来部門で聞き込みを行った際にプロジェクトの事を把握しているスタッフが不在だったことからプロジェクトを現地のスタッフに定着させる難しさを感じました。

またコレラの流行は当然コミュニティから始まるものなのでコミュニティでサーベイランスを試験運用中でしたが、貧困地域であり住民の統計が取りにくいこと（不法に住みついている方が多いと聞きました）や治安的な観点が障壁になっていると感じました。

スタッフへの定着の難しさであったり、統計の取りにくさであったりと日本で感染症対策を行う時には考えもしなくてよい点も考慮しなくてはならないことが大変であることを学びました。

【北部州 Mpulungu 訪問】

翌日には北部州の活動拠点であるMpulunguを訪問しました。国内便で90分ほど移動した後に、車で更に3時間ほど移動して訪れました。直近でコレラ患者が発生しており対策が行われている活動拠点であるため視察されました。またプロジェクト開始時から国内の各拠点で便検体を採取してLusakaに運搬してZNPRLで検査を行っていたそうですが、北部では検体の運搬に最低24時間以上、道路状況によってはそれ以上かかってしまうとのことで1月ほど前に便培養検査などを自施設でできるように援助を行ったそうです。自施設での検査が上手くいっているかの視察も今回行われることになりました。

まずは郡保健局長と群保健次長からコレラ対策の現状やJICAとの協力関係について話を伺ったり、Mpulungu urban clinicに新設されたLaboでの検査技師から話を聞きJICAによる援助後に現地でのコレラ診断がどの様に進んでいるかを伺ったりすることができました。Mpulungu Urban clinicではMpulungu内の住民を対象にした検査だけではなく、MpulunguにあるTanganyika湖周辺に点在する集落や村のコレラ検査や対応も一手に引き受けていると伺いました。そのため便検査ができる検査技師の数

が限られる今の状況は平時でこそハードワークによって支えられているがアウトブレイクなどで検体量が増加した場合は持続可能ではないと伺いました。さらに湖畔の集落から便を運ぶ方法も船で2時間かけて、など非常にコストがかかるものであり同様に改善策が必要と学びました。



図1. Lusaka から北部州空港への移動
Google Maps より



図2. 北部州空港から Mpulungu への移動
Google Maps より

【Kabyolwe rural health post 訪問】

Mpulungu での見学の翌日に郡保健局長、郡保健次長に加えて州保健局長も同行しコレラが直近まで実際に流行していた Tanganyika 湖 湖畔の集落 Kabyolwe を訪れました

Kabyolwe は Mpulungu からボートを使って2時間ほど湖を進んだところにある小さな集落で、Clinical officer (2年ほどの専門的トレーニングしか受けていない医師に準ずる職業) が1人と他の医療従事者が2人しかいない環境で直近の流行では20-30人ほどのコレラ患者に対応したと聞きました。こうした集落では通信状況も限定的であり本土の医師にアドバイスを求めたり、検査の提出方法を相談したりすることも困難そうでした。湖畔にあるいくつかの集落のどこでコレラが出現も検出できるようにするにはそうした課題を解決する必要もありそうでした。



図3. Kabyolwe の様子

【JICA 事務所 & ZNPHI での報告会】

上記の見学を終えて短期専門家より JICA 事務所、ZNPHI に feed back があり、その場に同席させて頂きました。短期専門家の役割としては視察を通してプロジェクトの現状の評価と、今後の方針の推奨を行うことであると聞いておりましたので私自身も見学を通して同じテーマを考えていました。しかし、短期専門家の報告を聞いてプロジェクトの現状の適正な評価に加えて、ザンビアの実情を加味して実現可能と考えられる改善策を提示していらっしゃる様子を見て深い感銘を受けました。科学的な知見に加えて途上国自身の発揮できる余力を鑑みるというグローバルヘルスの専門家として身につけるべき能力を間近で学ぶことができ大変勉強になりました。

「Kanyama Level One 病院における敗血症疫学研究」への参加

【研究の趣旨】

本研究はサハラ砂漠以南アフリカにおいて依然として大きな疾病負荷 (Health Burden) となっている敗血症に関する研究です。先進国では敗血症の年齢調整死亡率が 10% 未満であるのに対して、サハラ砂漠以南アフリカでは 30% を超えている現状で敗血症の原因は未だ十分に判明していません。ザンビアはサハラ砂漠以南アフリカで他国と同様に敗血症が公衆衛生上の危機になっていますが、英語が公用語であり政情も安定しているため日本人にとって研究を行いやすい環境にあります。ザンビア内で最大の病院であるザンビア大学教育病院 (University Teaching Hospital) では過去に敗血症の疫学研究がされたことはありましたが、今回の研究は Lusaka 内で最も貧しい人々が暮らす地域にある病院で行われるものであり過去の研究とは疫学データが異なる可能性があると考えられました。

さらに現代の高度にグローバル化された世界では世界のどこかで発生した新興感染症は急速に世界中に広がるのが知られています。そのためアフリカの貧困地域を含めた世界中の重症感染症 (敗血症) に関する疫学を把握しておくことは日本の感染症対策という健康危機管理のためにも必要なことと考えられます。



図 4. Kanyama 地区の様子

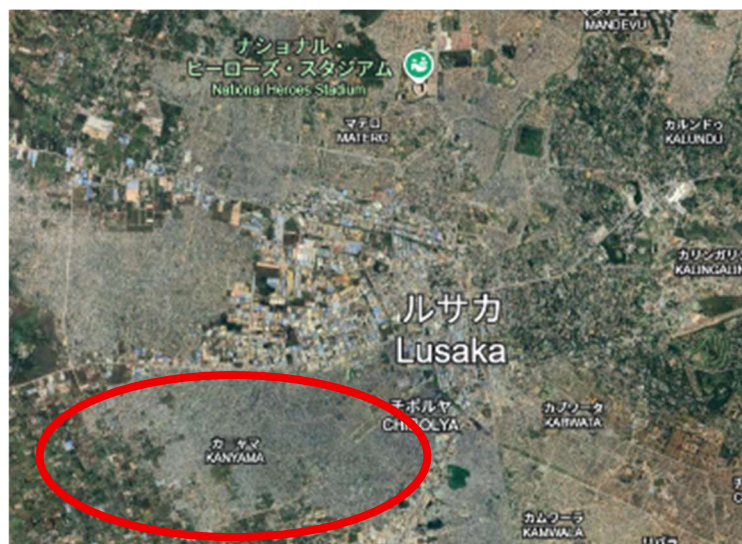


図 5. Kanyama 地区-Google Earth より

【研究実施】

研究自体が 10 月 13 日から最初の患者登録を開始する予定になっていましたので、私と研究代表者の先生で現地の救急外来看護師に案内してもらいながら研究基準に当てはまる患者のリクルートを行いました。ザンビアでの公用語は英語なので、普段は現地の方とも英語でコミュニケーションが取れるのですが Kanyama 地区は貧困地域であることもあり公用語の英語は話せず現地語の Nyanja 語しか話せない方も多く看護師の通訳で研究説明を行う必要がありました。



図 6. リサーチナースと

言語的な難点の他に多忙な病院スタッフに研究を理解してもらう事や、患者リクルートに協力してもらうことに工夫が必要だと感じましたが主任研究者が丁寧に繰り返し患者、病院関係者に研究概要を説明している姿を見て途上国での研究において必要な姿勢を学びました。

10月20日からはリサーチナースも研究に参加したことで患者への翻訳や検体採取において病院スタッフに協力してもらう必要が薄くなり患者リクルートがスムーズに進むようになりました。外国人である我々日本人だけでリクルートを行うより現地の看護師も研究チームに加えて協調して働いている姿を患者に見せられたことも円滑に進む一因になったと考えます。

10月27日からはリサーチナースと私の二人で患者リクルートを行いました。先に記したようにリサーチナースの方は病院がある Kanyama 地区に在住の看護師であり文化的、言語的に患者との会話がしやすい状態にあると感じており研究進行において大きな利点になっています。リサーチナースの方を含めザンビアの医療従事者は、初対面の患者とのコミュニケーションスキルが高かったです。一方で、技術的な面や研究内容のより詳細な理解の面では、私が貢献できる余地が多くあると感じました。例えば研究の患者取込み基準の一つに「スクリーニング時点で発熱から△時間以上経過しており◇日間以内である事」が入っていますが、△に満たない人を含めてしまう事例が多々ありました。その他にも、重症度スコアの各項目の合計を計算するミスが頻発することもありました。日本で働く中では共通認識であると無意識に思い込んでいる物事が、ザンビアでは当然のことではないという事実に、開始早々は当惑していましたが次第に慣れていきました。主任研究者とも相談してスクリーニング用紙をわかりやすく変更するなどして対応しました。慣習や重視されるスキルなどが国によって違うということは知識としては理解していましたが、実際に研究を進めていくと思ってもみなかったところで躓いたり変更が必要になったりするという事を実際の経験として学べたことは大変有意義でした。

その他には、研究で採取した検体を病院検査室で遠心分離し、一部の検査項目測定を病院検査室スタッフに依頼するという過程で挑戦がありました。研究開始当時から主任研究者と病院幹部とで打ち合わせた結果、患者の費用負担なしで対象項目が測定可能となっていたのですが、検査の要請に行くと費用を要求されたり、測定器具がないと言われたりすることが往々にしてありました。「既に(病院管理者に)話は通してあり無償で検査できること」、「検査キットも我々(研究者)が提供しているので検査できるはずであること」をその都度説明しましたが、毎回検査のたびに説明を要することが蓄積し、私の中で相応の身体的・心理的負担となっていました。

さいわい上記のような感じた負担を国際医療協力局で御指導頂いている先生方や主任研究者の先生に相談すると「病院管理者と研究の話はついていても現場の医療従事者に直接的なインセンティブがあるわけではないので協力したくないのは自然なこと」、「自分が相手ならどう動くか想像しながら動きを考える」などのコメントを頂きました。海外の貧困地域の病院、という慣れない環境下に身を置いていると、自身の心に余裕がなくなってしまう、そのような相手方の背景にまで気が回らなかったのも、経験のある先生方からフィードバックを頂ける環境はとてありがたかったです。



図7. 説明会での様子

また研究を進めていく中で現地の病院で働く医療従事者向けに研究説明会を開き私も一部説明させて頂きました。皆さん熱心に聞いてくれ質問もしてくれました。そういった全体向けの説明を重ねていったり、一回一回個別の疑問に答えていく中で次第に研究への理解も進み、私がいた最後の方には「この患者もあなたたちの研究にいいんじゃない？」だったり「あの患者はもう見た？」などと声をかけてくれるようになりました。

研修総括

かねてより興味を持っていた途上国の保健医療現場で実際に働くことができた3ヵ月間は非常に刺激的であり学びに満ちたものでした。国際保健に関わりたいという漠然とした目標は抱いていましたが、その関り方は無数にあると思っています。医師の立場として私が聞いたことがあるものは、「大学や研究施設などを通じた学術的なかかわり方」、「政府機関や国際機関を通じた行政/政策的なかかわり方」、「NGOやNPOなどの団体（例えば“国境なき医師団”など）を通じた臨床的なかかわり方」などです。

今回の3か月の研修で主に学術的なかかわり方およびJICA見学を通して行政/政策的なかかわりを学ぶことができました。特に、学術的なかかわりに関しては主任研究者の先生と長い間一緒に行動させて頂き、リサーチナースの面接から患者のリクルート開始、あらゆる立場の現地の医療従事者とのコミュニケーションを深く学ばせて頂きました。感染症疫学研究を実施する上で、科学的な知見に基づき質を担保した研究活動を遂行することが大前提なのですが、それに加えて現地の文化への配慮やコミュニケーションスキルなどが研究成功の要否にはかなりの割合影響することに気付きました。

一方で、JICAの見学を通して行政的なかかわり方は現地のカウンターパートとお互いの役割や利害を意識しながら組織同士として関わっていくものなので、それぞれの組織で複数人を巻き込むような広いレベルでの関係づくりが必要になることも学びました。

実際に研修を行っても上記のように「国際保健」とひとえに行っても自身の関わる立場によって、必要なスキルも関係性も大きく異なってくることに身をもって気付けたのは本当に大きな収穫でした。私自身は今後専門医を取得したタイミングで公衆衛生学を実践するための入り口として必要になると言われている公衆衛生学修士（MPH）を取得するために海外に1年間留学しようと考えています。MPH取得後に自身がどの立場で国際保健に関わるかはまだわかりませんが本研修で学んだことを礎にして謙虚に研鑽を積み重ねていきたいです。

最後になりますがこのような貴重な機会を与えてくださった国際医療協力局、大学関係者の皆様、総合診療科のスタッフの皆様に心より御礼申し上げます。

2025年度 国際保健医療協力レジデント研修
報告書

2026年3月発行

国立健康危機管理研究機構

国際医療協力局

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

TEL 03-3202-7181

kensyuka@jih.s.go.jp

<https://kyokuhp.jih.s.go.jp/>

