

独立行政法人国立国際医療研究センター

国際医療協力部

# Newsletter

明日の国際保健医療協力magazine

第2号2010年

秋

特集

近くなつた  
アフリカ



感染症対策について考える



- ・ **ごあいさつ** ～ニュースレター第2号によせて ～未知と道を知る～
- ・ **厳しい現実の中で最善を尽くす** ～ザンビアにおけるH I V治療の現状～
- ・ **サハラとその緑化に思う**
- ・ **座談会「アフリカの感染症」** ～マラリア～  
NCGMとして国際医療協力部と研究所のコラボレーション
- ・ **国際緊急援助隊の現場から** ～パキスタン～
- ・ **第1回国際保健医療協力研修終了!** ～ベトナム～
- ・ **編集後記**

# 未知と道を知る

ニューズレター第2号によせて～

国際派遣センター長 仲佐 保

アフリカというと、  
まだ若いころエチオピアの飢餓  
被災民援助で、8カ月間被災  
民キャンプに行った時のことが  
思い出されます。



それまでは、外科の臨床の場で、「人が死んではいけない」との考えで働いてきた私には、このエチオピアでの経験は鮮烈なものでした。人は、「飢え」で死にそうになるだけでなく、簡単に死んでいくのです。医療者としては何もできないのです。点滴をしようが、何をしようが死んでしまいます。生き残る人は、「自分で食べることができて、水を飲める」人だけでした。自分にできることは、傍らに座り、死んでいくのを見守るだけでした。緑が全くない飢餓被災民キャンプから、きれいな星空を見ながら、そのとき私は医者としての無力さ、個人としてできることの限界を感じました。……………

**私が臨床から、国際保健を志したのはこの経験が契機だったのです。**

それから、すでに、四半世紀がたち、アフリカでは何が変わったでしょうか。いまだに、50%以上の人々が、医療にアクセスできず、肺炎、下痢、マラリア、結核、はしか等で簡単に死んでしまっています。

**さらに、そのようなアフリカをさらに苦しめているのはHIV/AIDSの問題です。**

サブサハラアフリカというサハラ砂漠以南の貧しい国々のHIVの感染率は、15%から20%であり、世界のHIV患者の90%はこの地域にいと報告されています。

働き盛りの犠牲者が多いことによる社会的な負の影響、夫婦が共に感染することによる孤児の問題、高価なHIV治療薬を得る難しさという経済的な問題、いまだに強く残るHIVに対する偏見から、その犠牲者はなかなか減っていません。



大きな問題は、子どもの問題です。自分を育ててくれるはずの両親がいなくなり、国が貧しいためにそのような子どもが必要な食料や教育を得る機会が失われています。子どもたちは、自分で生んでもらう場所を選べないわけです。

アフリカでは、依然として**何も悪いことをしていない子どもたちの生命、人権が脅かされている**と言ってもよいと思います。

2000年から、巨額のHIV治療への国際的な援助が開始され、2010年現在、HIV治療が必要な人々のうち50%の人への治療が行われるようになりましたが、まだまだ不十分です。

**現在、世界、また日本の政策の中でも集中的にアフリカへの援助が叫ばれており、NCGM全体として、また国際医療協力部としてもアフリカへの国際医療協力活動の優先度を高めているところです。**

サブサハラアフリカとは

Wikipedia:

<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%83%96%E3%83%A9%E3%83%83%E3%B2%AF%E3%B2%A2%E3%83%95%E3%83%AA%E3%B2%AB>

日本外務省 ホームページより[http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/af\\_data/pdfs/ssa.pdf](http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/af_data/pdfs/ssa.pdf)

# 厳しい現実の中で最善を尽くす ～ザンビアにおけるHIV治療の現状～

派遣協力第1課 医師 石川 尚子

アフリカ南部に位置するザンビア共和国。

人口は約1290万人、面積は日本の約2倍です。

ザンビアには合計72もの部族がいると言われていますが、

'One Zambia One Nation'を合言葉に、  
部族間の争いもなく皆穏やかに暮らしています。

1900年当時の村の首長LuSsakaに因んで名づけられたという

首都のルサカは標高約1300メートル。

ちょっと走ればすぐに息が切れてしまいますが、

暑い時期も日陰に入れば涼しく爽やかと、

なかなか過ごしやすい気候なのが特徴です。

今はちょうどジャカランダの花盛り。  
紫色に染まった木々がルサカの街並みを彩ります。

## 平和な国ザンビア

## HIV 治療サービスへの 技術支援

JICA（国際協力機構）は2006年よりHIVエイズケアサービス強化プロジェクトを開始し、コミュニティでのHIV治療提供システムの構築を支援してきました。

そのプロジェクトは現在第2フェーズのHIVエイズケア管理展開プロジェクトとして引き継がれており、国立国際医療研究センター国際医療協力部はこれらのプロジェクトに専門家を派遣してザンビアでの活動を支援しています。

さて、コミュニティでのHIV治療とは一体どのように行われているのでしょうか？日本では数少ない医療施設においてその分野の専門家によって提供されているHIV治療ですが成人の約15%が感染しているザンビアでは全ての医療従事者が基本的なHIV治療についての知識を持ち、基本的な治療サービスを提供できることが求められています。

しかし、人材もスペースも限られているコミュニティのヘルスセンターが独自に治療を提供することは困難です。そこで、郡病院の医師あるいはクリニカルオフィサーと呼ばれる準医師、看護師、薬剤師や検査技師らがチームを組み、車に必要な薬剤等を積んで各ヘルスセンターを巡回し、ヘルスセンターのスタッフと共にHIV治療を提供するシステムが作られました。

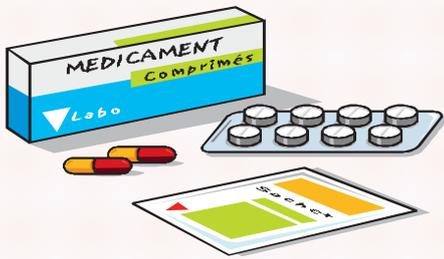
このシステムが動き始めてから既に2-3年。ヘルスセンターの中では既に郡病院チームからの手助けを必要とせず、自分たちで治療サービスを提供できるようになってきたところも出てきました。「郡からは治療薬だけ持ってきてもらえばいい。後は自分たちでやっていけるから。」という頼もしい声も聞かれ始めました。

ザンビアは穏やかな国ですが、HIV感染率はとても高く、成人(15歳から49歳まで)の14.3%がHIVに感染していると推定されています（DHS 2007年）。その中でも30代の女性の感染率は約25%と、4人に1人が感染している計算となります。治療がまだ十分に行きわたっていなかった90年代から2000年初めには多くの人が次々と亡くなっていきました。

国内では2003年からHIV治療が開始され2005年には治療が無料で提供されることとなりました。当初HIV治療は大学病院やその地域の中核病院でしか提供されていませんでしたが、それだけでは多くの感染者の治療に対応することができず、コミュニティのヘルスセンターにおいても治療を提供する必要が高まってきました。

## ザンビアに おける HIV 感染





# 治療を続けていく ということ

現在の科学の力ではHIV感染を完全に治癒させることはできません。そのため、感染者は抗HIV薬を一生服用していく必要があります。体内のウィルス量を最低限に抑え、さらには薬剤が効かない耐性ウィルスの発生を抑えるためには、毎日決まった時間に決められた量の薬をきちんと内服しなければなりません。これを一日も休まず何年も何年も続けていかなければならないのですから、大変です。

きちんとした内服を支援していくために、ヘルスセンターには治療サポーターとよばれるボランティアが配置されています。HIV感染とその治療に関する基礎知識を持ち、カウンセリングの研修を受けた彼ら。その多くが感染者自身で、患者一人一人に向き合っており、自身の経験に基づいた親身なカウンセリングや支援を提供しています。

そのためか、感染者自身の薬の内服に対する意識はとて高く、こちらからの「治療薬を内服し続けるのは大変ですか？」という質問に、「大変ではありません。もう生活の一部になってしまっていますからね。喉が渇くと水を飲むでしょう？それと同じで薬を内服する時間が来ると体が教えてくれるんですよ」と話してくれる人もいます。

またやはり抗HIV薬を内服している配偶者や親戚、友人とお互いに励まし合いながら治療を続けているという人もいます。厳しい状況のなか助け合いながら治療を続けている感染者たちです。



## HIV 治療の 今後

その資金の約90%を外部からの支援に頼っているザンビアのHIV対策。治療薬もその支援をもとに購入されています。治療を受けている感染者の数はここ数年で一気に増加し、2010年4月にはおよそ30万人が治療を受けていると報告されています。これは治療を必要とする感染者の89%がすでに治療にアクセスしていることを意味しており、この成果は十分に評価できるものです。

一方、今後の問題としてあげられているのが、既に治療を開始した患者と増え続ける新規感染者への治療をどのように持続させていくかということです。昨今の世界的な経済危機等により次第に減少していく外部からの資金援助。その中で十分な治療薬を確保することができるのかどうか大きな課題となっています。

# 未来に向けて

人材不足、不安定な資金と  
大きな問題を抱える  
ザンビアのHIV対策。

その中で最善を尽くして働く  
医療従事者とボランティアたち。  
厳しい状況の中で治療を続けていく感染  
者たち。

彼らに明るい未来が待っていることを祈  
らずにはられません。

この大変な状況を私たちの技術支援を通  
して少しでも支援することができたらと  
思っています。



# サハラと その緑化に思う

WHO アフリカ地域事務所  
(AFRO) 清水利

一般に <sup>恭</sup> アフリカと言えば、「ジャングル大帝」などに代表される、野生動物の豊富な熱帯雨林をイメージされる人が多いかと思う。

しかし実際には、衛星写真から明らかな如く、アフリカ大陸全体で緑豊かな土地は1/3程度であり、2/3は砂漠或いはサバンナなどの不毛な土地である。熱帯雨林が広がるのはコンゴ盆地を中心とする中部アフリカと西アフリカのギニア湾に接する沿岸地帯が主であり、意外なほど緑は少ないのである。

今年のWHOアフリカ地域委員会(8/30-9/3)で討議された文書<sup>1)</sup>の中でも、この点が指摘されており、地球温暖化に影響された干ばつや洪水など自然災害の増加に対して、アフリカが極めて脆弱であることが強調されている。



(アフリカ大陸の衛星写真: Wikipediaより)

しかし 保健課題を強調するのは次の機会にして、このニュースレターでは少し別の話題に触れてみたい。



**サハラ砂漠の南下**  
アフリカ大陸の1/3の面積を占めるのが、言わずと知れた世界最大の砂漠、サハラである。1920年代以降、サハラの南下が大きな問題としてクローズアップされてきた。こうした状況に対し、アフリカの緑化対策も様々な試みがなされている。

日本では「もったいない」キャンペーンで有名なノーベル平和賞受賞者ケニアのワンガリ・マータイさんの植林活動「グリーンベルト運動」が良く知られている。しかし、マータイさんには失礼ながら、こうした植林活動をサバンナなどに適応しても費用対効果はあまり高くないそうである。紙幅の関係で詳述しかねるが、普通に植林しただけでは1、2年後には80%以上が枯れてしまうという。

AFR/RC60/3, A strategy for addressing the key determinants of health in the African Region 1)  
Comment le Sahel reverdit, Le Monde diplomatique N° 667-57<sup>e</sup> année, Août 2010, p19 2)

# 地球規模で見れば 人工的な「砂漠の緑化」環境破壊??

そもそもこうした人工的な「砂漠の緑化」は、地球規模で見れば環境破壊に他ならないことを指摘する声が多いことに留意しておく必要がある。詳述の余裕はないが、環境問題や水問題を扱っている人には常識的なことで、水資源の浪費と世界の水分分布を変えることがその大きな要因である。

サハラ緑化に関して、最近のLe Monde diplomatique紙に興味深い記事<sup>2)</sup>が載っていた。一種の有機農法の土地に自然発生的に成長した樹木に注目し、農業と組み合わせた形で土着の樹木を育てる活動で、「補助自然再生 (Régénération naturelle assistée)」と名付けられている。この方法は緑化と同時に農業にも大きな恩恵をもたらすが、成功の一因として土壌の改良が挙げられる。それは日本の伝統的な(今は相当失われてしまった)自然の摂理を大切にする考えに通じるものがあり、興味深い。日本の農業でも昔は「土作り」が大切な要素であり、一昔前までの日本人の多くはこうした考え方を自然に備えていたように思う。

この活動が先に述べた「環境破壊」に通じるか否かは、紙面からは判断材料に乏しいが、今後注目しても良いかもしれない。

## さて、視点を更に変えてみよう

実は21世紀に入ってから、サハラの拡大傾向には異論も存在し、最近の気候変動の影響でサハラ南部の降水量が増加して緑化傾向が見られるとの報告もあり、「気候変動歓迎」などの近視眼的な論調さえ見受けられる。



砂漠化が進むサハラの南(サヘル地方)の様子、  
数十年前は緑豊かな土地であった  
:セネガル北部にて撮影)

しかし、極めて長い地球の時間軸から見れば、以上に述べたことは総て些細な変動に過ぎないようだ。

サハラの大半が豊かな緑に覆われていた時代もあれば、現在よりもはるか南方まで砂漠化していた時代もあることが、幾多の科学的根拠から明らかになっている。太古からのサハラの縮小・膨化とそれに伴う文明の栄枯盛衰の歴史を概観すれば、人類(特に現代)の様々な努力や営みが何とも微賤に感じられさえる。太古からの気候変動は千～数万年単位で繰り返され、現在我々が目にするそれより遥かに振幅も大きなものであった。

こうした観点から俯瞰すれば、数年乃至精々数十年程度の変動にあたふたせざるを得ない人類の悲哀と愚かさには、如何ともし難い果敢無さを感じる。



座談会

# アフリカの感染症

～マラリア～

NCGMとして  
国際医療協力部と  
研究所の  
コラボレーション



2010年9月3日 国立国際医療研究センター(以後、医療研究センター)  
国際医療協力部 戦略会議室にて

今日はお集まりいただきありがとうございます。

今回はアフリカの感染症の特集ということで、マラリア対策を中心にお話しただけだったと思いますが、マラリア対策ということ为例に研究所と国際医療協力部のコラボという点についてもお話しただけだったと思います。



小林潤 (司会)  
国際医療協力部 派遣協力第一課  
医師

ラオスにおいて6年間マラリア対策アドバイザーとして従事し、フィールド研究のエビデンスに基づく戦略策定を行いマラリア患者の大幅な減少に貢献し、ラオス政府から平成11年に労働功労賞勲3等を受賞した。医療研究センターに異動してからは主に国際寄生虫対策に従事して、学校保健の世界的普及に貢献している。現在では、マラリア等の感染症対策を中心とした保健システムの研究を、開発途上国の研究者育成も行いながら実施している。

マラリアは世界的に熱帯地域に流行しておりますが、アジア・中南米と比較してアフリカは未だにマラリアは公衆衛生上の脅威であり、「なぜアフリカのマラリア対策が難しいのか」という点からお聞きかせください。



生物学的にアフリカのマラリア原虫が対策しにくい点については、アジア等に比べて難しいという点は大きくはありません。例えばアフリカでマラリア原虫が薬剤耐性を多く獲得しているかという点とそうではない。アフリカに生息する媒介蚊は人嗜好性の高い種がメインであり、これはアフリカにおいてマラリア感染率が高い一つの要因ではありますが、社会学的に対策が難しいことのほうが大きな要因でしょう。すなわちアフリカではマラリアという病気が、単独で社会上・医療上の問題となっているわけではなく、エイズや結核等の多くの疾患が多重的に問題である上に、さらに貧困や教育に関連した社会問題が対策の難しさを起こしていると考えます。



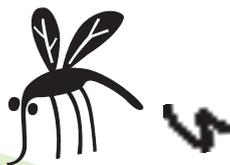
狩野先生が御指摘された点を踏まえて、実際にニジェール等でアフリカの現状をみられてきた溝上先生、野中先生はどうでしょうか？



コミュニティに関する部分と保健システムについてアフリカ特有の難しさがあると思いました。コミュニティについては、アジアと比べて家屋が広大な地域に点在しているため、コミュニティベースの対策実施の困難さにつながっている。また医師や看護師・保健師の保健人材の不足が大きな要因かと思えます。実際に東南アジアでは1000人あたり4.3人なのに対して、アフリカでは2.3人と約半数です。また私が経験したニジェールのマラリア対策のパイロット地区の対象人口は三十万人もいるにもかかわらずマラリア対策官は配置されておらず、マラリア対策官が州レベルにありますが、150万人を対象に一人で業務を遂行していました。このように保健人材の不足はマラリア対策においても明らかでした。



今回、ニジェールを訪問して、アフリカは自然環境がアジアとかなりちがう、なかでも乾季と雨季の違いが顕著であることを感じました。乾季にはみられなくとも雨季には顕著にみられる疾患も多い、なかでもマラリアは顕著な例で雨季に集中して患者が多く発生しています。乾季には干ばつ等の影響で小児では低栄養の問題が起きていますが、これらの子どもが雨季にマラリア感染の危険にさらされることとなります。このようにいくつかの要因が重層的におきていることを肌で感じました。また野中先生が指摘したように、保健医療機関へのアクセスの問題はかなり深刻であることも感じました。



野中先生の指摘されたコミュニティに関する部分と保健システムの問題は国際医療協力部でも常に討議されるところで、おそらく大きな要因ではないでしょうか。また溝上先生が指摘された社会学的といった点以外で、自然環境といったところは国際保健でも新しい視点だと思いますが、どうでしょうか？

狩野繁之

研究所 熱帯医学・マラリア研究部 部長  
マラリアに対して基礎、臨床、対策と多面的な研究を推進してきており、アメリカやイギリスの先進国の研究者だけでなくフィリピンやタイ、韓国等のアジアの研究者との交流も積極的に進んでいる。また研究者の育成だけでなく、JICAや外務省医務官のマラリア関連の研修の講師も務めている。現在、日本熱帯医学会理事長で、日本の熱帯医学研究の推進についても責務を担っている。



マラリアという病気は人、原虫と蚊とをエコロジーのなかで考える視点が必要だと思います。顕著にこれが動いた例が地球温暖化で、まず媒介蚊の分布が変化します。さらには天候がかわり干ばつや飢饉等によって食糧不足が起き、人口移動を起こし、人口移動によって森林の伐採が起き、人口の集中によって砂漠化につながり、また温暖化につながるといった悪循環を起こすわけです。これの引き金になっているのが人の行動であり、マラリア原虫の生態系ともかかわっている。このようにアフリカではマラリア制圧には難しい方向に自然環境が動いている可能性もあると考えられますね。



アフリカはマラリアだけでなく重層的な問題が起きていること、これらは環境の問題と関連してくるのでしょうか？一般にも環境と健康との問題はあるのでしょうか？



日本も今年の猛暑で高齢者の熱中症死が報じられていますが、被害を受けるのはいつも弱い立場の人です。スリランカ等では温暖化で自分達に被害がもたらされるとすでに気づいている人もいます。しかし、アフリカの人たちは自然環境の変化や健康への影響をどのように受け止めているのでしょうか？環境のコントロールより、アフリカの厳しい自然に対峙することで精一杯かもしれません。

非常に重要な視点だと思います。最近私が環境と健康という視点で研究を進める中で、先進国が提示している環境問題に対する姿勢は、途上国も本当に賛同しているのか。もっと言うと溝上先生が指摘されたように途上国の住民の皆さんは環境は意識していても、環境問題といった視点があるのかは考えなければいけないと思っています。



開発によって環境を変えるという例もありますね。私が初めて行ったマラリアのフィールドはスーダンだったのですが、日本の援助で灌漑用水路を作ったがためにマラリア媒介蚊の発生源を作ってしまったという例もあります。いわゆる“人工マラリア”で、開発によって大きくマラリアが増えてしまった例です。エコロジーを無視して開発を行うと、大変なしっぺ返しを受けてしまうこともあり、アフリカにはこの様な難しさもありますね。



溝上哲也

研究所 国際臨床研究センター 国際保健医療研究部 部長  
がんや生活習慣病の疫学で大きな成果を修め、医療研究センター研究部部長に就任してからは、これらの研究のさらなる推進のみならず、国際保健分野でも学校保健研究班を主任研究者として推進するなど同分野での研究者の育成も行っている。また国際医療協力部とはJICA事業の評価に参画するなどの協同や、国際医療協力部の行う国際保健研究に対して疫学者としての立場から指導を行っている。



先生方は研究所に所属されているということで、今後、国立国際医療研究センターとしてマラリアに対してはどのような研究が必要か、またアフリカに対してはどのような研究が必要か？ご意見をいただければと思います。



研究費が絞られていくなかで、効率的な研究が必要かと思えます。JICAなどのコラボレーションのように、すでに行っている技術協力プロジェクト等とのタイアップによって効率的な研究ができると思えます。これはマラリアに限らないですね。



プロジェクトに対する研究の一つ重要な分野は、評価研究ですね。ですから、JICAの事業の評価自体、研究といえるのではないのでしょうか。ただ、妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性といった従来行われてきた5項目評価軸について、一つのプロジェクトで全て応えるのは大変なことであると感じています。薬剤の開発から有効性の評価に至る過程では、各段階でそれぞれ異なった目的や指標が設定されます。そのやり方は国際保健でも参考になると思えます。開発型研究ではユニークな発想が求められ、そこに多くのインプットをして、トライ&エラーでこれまでとは異なるプロジェクトが構築されます。その際、日本発の技術や発想が大切だと思います。例えば今回のニジュールの例では、住友化学が開発した蚊帳を使用してさらにコミュニティーベースの普及といった戦略が立てられ、日本ならではの新しいものができるわけです。

これらの戦略策定がうまくいった段階で、今度はその有効性を検証する研究の出番となり、明確な目標設定をしてRCTといった厳密な方法で評価することになります。このようにして保健活動の有効性を科学的に検証しておく、地域への波及効果や自立発展性を伴った次の段階にも自信を持って進めていけるのではないのでしょうか。(RCT: Randomized Controlled Trial ランダム化比較試験)



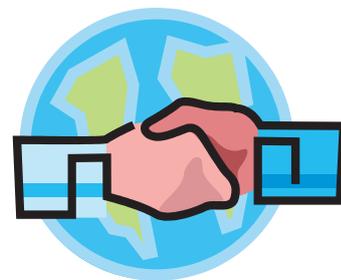
先生方が提案された国際保健医療におけるマラリア研究は、医療研究センターでは、人材においても体制は整っており、さらに研究開発費というサポートもありますので、推進には大いに賛成です。一方、病院部には我が国の3分の1の輸入マラリアの患者さんが訪れ、臨床的なファシリティーも整備されており、研究所には原虫を扱える実験室も備えています。ベンチ(実験室)からフィールドだけでなく、逆にフィールドからベンチで行える研究ができる体制も確立されており、両方向の研究推進が必要でしょう。



野中大輔  
同上 流動研究員

ラオスにおいてマラリア対策の青年海外協力隊員として派遣当時から国際医療協力部：小林と共同研究を実施して、学校保健ベースのマラリア対策の介入研究によって、コミュニティーでのマラリア予防に関する住民の行動変容を実証し、この研究によって国際保健医療学会奨励賞を受賞した。現在、溝上部長の指導のもと、マラリアや他感染症、学校保健の疫学研究を推進し、JICA事業にも短期専門家として多く参画している。

# これから国際医療協力部で 推進できることは ありますか??



「フィールドの共有」が、できますね。

多くの人が参画できるフィールドを育てていくことです。  
例えば、今回のニジェールのプロジェクトでもマラリアを通じた地域保健システムの強化といった視点もでてきていますし、こういう視点で研究フィールドをとらえれば、マラリアを取り巻く多くの保健医療の課題について同時多面的なアプローチが可能になります。  
特に、疾病の予防や早期治療に関するフィールド研究はその成果を現地に直接、還元できます。  
疫学者として国際保健の研究課題として是非提案したい点です。



一つ提案があるのですが、“マラリア研究プラットフォーム”を医療研究センターで作るのはどうでしょうか。臨床研究、実験室での基礎研究、国際保健の対策研究、これらを皆で意識してやっていくのはどうでしょうか。



溝上先生に主任をやっていただいている学校保健研究班では「ウェブサイト」を作って、情報を載せて討議をしていますが、同じような目に見えるものをマラリアでも作ることから始められるかもしれません。

今日は本当に有意義なご意見、ご助言をありがとうございました。

今後とも、ぜひ先生方にはご助言をいただきながら、  
事業とともに研究も推進していきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

# 国際緊急援助隊の 現場から



国際医療協力部  
派遣協力第一課  
桐野且久

## 国際緊急援助隊

国際緊急援助隊とは、海外で発生した自然災害や建築物の倒壊など人為的災害に対して行う主に人的支援であり、被災国の要請に基づき、援助の目的・役割に応じて、救助チーム・医療チーム・専門家チーム・自衛隊部隊を編成し、派遣されます。

## 派遣の経緯

パキスタン国（以下、パ国という）では、7月下旬から降り続いた大雨により、死者1600と建国以来の初めての大規模な洪水災害になりました。洪水の被害は、衛生環境を悪化させて感染症の拡大を招き、患者数を増大させました。またマラリアが流行しており大きな問題となっていました。これらを踏まえてパ国政府の要請を受け、医療チームが派遣されることとなり、感染症を中心とした医療活動を行うことになりました。



## 活動日程

派遣期間中の活動日程(ほとんど毎日同じです)

朝6時(宿泊地出発)  
7時30分(活動地到着・診療の準備)  
8時(診療開始)  
12時50分(診療受付終了)  
14時20分(診療終了)  
14時30分(活動地出発)  
16時(宿泊地到着)  
18時(ミーティング)  
19時(夕食)  
20時(当日のデータ整理・翌日の準備等)

# 現地での活動は？



## チーム編成

今回の医療チームの編成内容は、団長(外務省)以下、医師4名・看護師7名・薬剤師2名・医療調整員4名・業務調整員5名、合計23名でした。医療調整員と業務調整員との業務の違いは、分かり易く言えば、医療に関する業務に携わるかどうかです。具体的な例をあげてみると、医療調整員の業務は、放射線・臨床検査・受付・カルテ管理・診療データの管理等(医師・看護師・薬剤師が行う診療業務以外)であり、一方、業務調整員の業務は主に事務的なサポート業務であり、休憩所の設営や、食事の準備・対外の挨拶・交渉等の後方支援でした。



## 現地での診療活動

今回の活動では、現地の診療所の一部を間借りした形で診療活動を行い、最終的に、合計1,800人以上、一日平均200名の診療を行いました。チームの方針としてなるべく多くの患者さんを診療することで上記の人数になった訳ですが、受診を申し出る患者さんがあまりにも多いために、残念ながら対応しきれない患者さんもいました。優先順位をつけて、弱者(子供・女性)を優先的に診療したため、結果として約半数が14歳以下の小児の患者さんでした。

診療を開始した頃は重症患者が多かったのですが、日を迫うごとに重傷者が減少する一方で、患者数は増加していきました。

来院の理由としては、幼児下痢、マラリア、発熱、皮膚病が、特に多く見受けられました。

# 医療調整員の任務は…



## 医療調整員としての業務

派遣中、受付・カルテ管理・データ管理業務を主に行いました。診療活動地では受付業務が主でした。受付業務の内容は、まず患者に対しての問診(名前・性別・年齢等の一般情報の確認、予防接種・アレルギー・妊娠等の有無の確認、痛み・発熱・下痢等の主訴の確認)があり、場合によって体温や体重を測ることもありました。

受付業務は言葉でいうと簡単ですが、日本で経験できないことも沢山あり、とても新鮮でした。ここで述べる事はほんの一部ですが、印象に残っていることは、以下のとおりです。

- 言語について … ウルドゥ語のため、一般の方にはまず英語が通じない。
- 年齢について … 診療開始の頃は見た目と実年齢に差があるのかと考えたが、明らかに高齢者が20歳と回答することや、自分の子供の年齢が分からない母親も数多くおり、年齢を把握することが困難だった。
- 順番待ちについて … 毎日割り込みが横行して、これに対する対応が大変であった。
- その他 … 日中は毎日40℃前後だったが空調機はなく、受付業務は外で行ったが、ラマダン中であったため、水分補給が困難で、日中の飲食はバスの中で行うこととなった。

## 派遣を終えての感想

今回の派遣で改めて言葉の重要性を認識しました。通訳が不在のこともあるため英語が通じないことが分かってから、現地語を覚えることにしました。受付業務では問診の際、何回も同じ様なことを質問するので、必要な現地語を覚える事は比較的簡単でした。また、活動地周辺で不衛生な水たまりで遊ぶ子供達の姿が見られました。飲料水の状態も良くないと聞いていたので、医療の重要性と共に、公衆衛生上の課題があることを感じました。

今回、緊急援助隊に参加させていただき、皆さんに感謝しています。

Shukria (ありがとうございます)

被災地でも  
子どもたちの笑顔は  
最高です！

「こんな涙を流すまでの研修に  
なるとは思いませんでした。」



## 第1回国際保健医療協力研修終了！

派遣協力第一課 伊藤智明

(後列右から二人目が筆者)

10月22日に第1回国際保健医療協力人材養成のフィールド研修が終了しました。この研修はトータル約3週間にわたり、国内での講義と実習を中心とした10日程度の研修と、ベトナムで現地の関係者と一緒に現地調査を行うとともに、有効な問題解決方法を立案し、それを帰国後発表するという内容になっています。

参加者は、医師、看護師、助産師、保健師、国際保健の大学院生、薬剤師など多岐にわたっていました。国内研修では30名の参加者がおり、母子保健、感染症、保健システムなどを中心に、これから国際保健の仕事に従事するにあたり重要と思えるテーマでの講義を受講しました。

また、JICAの事業などで主流となっている問題解決手法であるPCM (Project Cycle Management) の実習をラオスの事例をもとに行いました。



PCMはグループで問題解決を考えていく手法で、グループでの熱心な討論が連日行われました。国際保健という分野で活躍するにあたり、必要とされる能力は幅広く、国内での限られた時間でカバーできる範囲は限られていましたが、それでも参加者の皆さんの熱い想いにより、濃密な時間となりました。

国内での研修が終了したのち、17名の研修生がベトナムでのフィールド研修にのぞみました。ベトナムは近年の経済発展にともない、保健医療水準も少しずつ改善傾向にあります。

それでも保健医療分野における課題点は多く、研修生の方々は現在のベトナムの主要な課題である「救急」「小児」「reproductive health」の3つのグループに分かれて、現地に臨みました。このフィールド研修は、出発前に自分たちが主導して立てた調査計画をもとに、現地の問題点を見つけ、それを分析し、解決方法を考えることに取り組むことです。これらの活動は、現地の病院スタッフと一緒にいき、実際の国際保健の仕事での環境に近い実習内容となりました。



**皆で話し合い、  
問題を解決する  
大切さを  
学びました。**

研修生は非常に熱心で、出発前の準備段階からグループでのディスカッションは深夜まで及び、現地に入ってから、タイトなスケジュールながら限られた時間内で必死に情報収集を行っていました。



何より、現地医療スタッフと共同で作業を進める必要があったため、様々な困難を経験した研修生も少なくありませんでした。日中は病院で調査し、グループでの作業やディスカッションなどはホテルに帰った後、連日深夜まで行われました。



何より大切なもの、それは相手を尊重して議論を進いく気持ちです。

ベトナムをもっと知りたい！





課題に取り組む他に、現地スタッフとの交流も盛んに行われ、病院スタッフのパーティーに招待されました。活動期間の週末では少数民族の村を訪問するなど、ベトナムの文化を知っていただく機会も設けました。



そして、グループワークで取りまとめた成果を、まずベトナム現地関係者の前で発表し、自分たちの立てた問題解決のための計画を現地スタッフと議論しました。この発表会の議論は白熱し、予定時間を大幅に超えて行われました。ベトナム側、日本側それぞれがお互いの考えを知り、意見交換をする中で少しずつ相互理解を深めていくことが、この研修の大きなテーマでした。



ホテルに帰っても、連日深夜まで議論は続きました。



## そして、涙の発表会。

最後に、研修生は帰国後、最後の成果発表会を国際医療研究センターで行いました。発表会の準備のため、これまで同様、多くのグループは前日の深夜まで作業を行っていました。

3つのグループの発表は非常に完成度が高く、研修生の努力を知っている運営側の私たちも感動する内容でした。発表会終了後研修生の皆さんは、それぞれ様々な思いを抱かれたようです。涙が止まらない研修生もおられ、皆さんがこの研修に熱く打ちこまれたのだということを感じました。

本研修は第一回目ということもあり、私たちも研修生とともに、成長させていただいた研修となりました。本当に素晴らしい研修生にお集まりいただき、皆で作り上げたという実感を得ました。

研修生の皆さんはそれぞれの道に進んで行かれますが、この研修を通じて得た経験、知識、そして人との出会いが、研修生の皆さんの今後の人生に少しでもプラスになれば幸いです。

# 編集 後記

9月11,12日に「第25回日本国際保健医療学会」が福岡県宗像市の日本赤十字九州国際看護大学キャンパスで開催されました。9月とは思えない猛暑の福岡に、全国から多くの国際保健関係者が集まり、様々な講演や発表を通して熱いディスカッションが行われました。

テーマ

Humanity (人道)  
Morality (人倫)  
Knowledge (人知)  
- Confronting Global Health Crisis  
in the 21st century -  
(21世紀の世界の健康の危機に立ち向かう)



その日会場となった日本赤十字九州国際看護大学キャンパスの一角にスペースを頂き、国立国際医療研究センター国際医療協力部のブース展示を行いました。ブース展示では、私たちが活動する国々のことをより身近に知っていただくこと、国際医療協力部派遣協力課員が各地で撮影した写真をパネルにして展示し、国際医療協力部のパンフレットやリーフレットに並んで、当ニュースレターの創刊号の印刷物を置きました。



私たち国際医療協力部の活動のテーマである

**「生きる力をともに創る」**

ために、様々な形で私たちの意識や行動を発信していけたらと改めて強く思いました。



NEWSLETTER autumn 2010  
2010年10月31日発行  
独立行政法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力部  
National Center for Global Health and Medicine  
Bureau of International Medical Cooperation, Japan  
〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1  
tel: (03)3202-7181(代) fax: (03)3205-7860  
<http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/>



この真の写真がパネル人気ベスト5です！！