



News Letter



意識・行動・発信 -生きる力をともに創る- 国際医療協力部ニュースレター



特集 保健システム強化 のための人材開発

～紛争国の立て直しのための
保健人材づくり～



2011年 春号

CONTENTS



巻頭あいさつ

～ ニュースレター春号によせて ～

特集 保健システム強化のための人材開発

～紛争国の立て直しのための保健人材づくり～

- アフガニスタンの国づくり
- コンゴ民主共和国のプロジェクトの現場から
- 仏語圏アフリカ地域の効果的な保健人材管理を目指して
- 第二回世界保健人材フォーラム

課員が遭遇するこぼれ話

「黒魔術（ブラックマジック）の仕業」

編集後記



特集：保健システム強化のための人材開発

～紛争国の立て直しのための保健人材づくり！～

国立国際医療研究センター国際医療協力部

派遣協力第2課 課長 三好 知明



独立行政法人化1年目は慌ただしく過ぎ去り、今、新たな年度を迎えました。国際医療協力部では東日本大震災に対する医療支援を続ける中、今年度はより活動成果をあげるため、いくつかの重点事業を定めるとともに、組織体制の改革も行うこととなりました。この重点課題の一つに挙げられているのが、本号のテーマとなっている人材開発事業です。

これまで「モノ」や「カネ」の供与だけの援助や、疾患毎に限られた対策を講じるような縦割り型のプロジェクトによる援助では、支援の終了と共にその成果は速やかに消え失せ、空しい援助の繰り返しになりがちでした。

こうした援助に対する反省から、自立発展できる保健医療体制の確立自体を目指そうとする試みが「保健システム強化」です。わが国でも2008年に行われたG8北海道洞爺湖サミットの「国際保健における洞爺湖行動指針」にも保健システム強化が示されるなど、国際保健医療協力における保健システム強化について具体的な動きが進んでいます。

とりわけ、「政府が貧困層を含む大部分の国民にとって不可欠な機能を果たす能力がない、あるいはその意思に欠ける国」と定義される脆弱国家には、内戦中あるいは内戦後など紛争の影響のある国が多く、こうした国々においては種々の基本的な社会システムを土台から築きあげていく必要があります。その場合、保健をはじめとする社会システムを構成する根幹となる要素は「ヒト」であり、人づくりはシステム強化の基盤をなす事業となっています。

保健医療分野でも根こそぎ医師や看護師などの保健プロフェッショナルが抹消されたカンボジアにみられるように、紛争後の脆弱国家では保健人材の不足が第1の問題です。急ぎ必要な人材を養成しなければならないわけですが、一方では、保健医療に関する法律が未整備で資格制度もないため、民間や援助機関任せの無秩序な乱造が質の悪い人材を生み、長きにわたりその是正に苦しむことになることもあります。

現在、途上国における課題である妊産婦死亡や乳幼児死亡の減少を実現するためにも、まず、質の良い人材が重要ですが、実際には、予算不足や調査が十分に行われず、真に必要な人材が適切に活躍できない状況が生まれており、目標達成の最大の障害となっています。

NCGMではこれまでのカンボジアやアフガニスタンにおいて、紛争後早期から中央・保健省レベルの支援を行い、その中で保健分野における人材開発事業を国の復興事業の根幹のひとつとして、国内外で協力してきました。国づくりの主役は誰かを考えながら、基本的医療サービスを提供できる保健システムを人材開発を通じて構築してきたわけです。

これらの国々での経験は、現在ではアフリカ・コンゴ民主共和国における人材開発プロジェクトや、仏語圏アフリカを対象とした人材開発集団研修などの現在の人材開発事業に活かされており、2011年にバンコクで実施された「第2回世界保健人材フォーラム」でもこの成果を世界に示すことができました。

本号のテーマは「紛争後脆弱国家における保健システム強化のための人材開発」です。本号に挙げられた我々のこれまでの種々の具体的な取り組みを通じて、解りにくいと思える「保健システム強化」の本質を理解していただければと思います。



アフガニスタンの国づくり

派遣協力課 医師 藤田 則子



私は2003年から2008年までの足掛け6年、首都のカブールを中心に仕事をしていました。ちょうど20年以上も戦争が続いていた国に、2002年から国際社会と呼ばれる先進国の人たちが支援して国を再建しましょう、という時期でした。平和な時代に生まれ育った私には戦争といわれても正直ぴんと来ませんでした。

治安が安定しないと

一言で言うけれど、

毎日市内で戦闘が起きているわけではありません。残念なことに次第に自爆テロの頻度が増え、暮らしていると治安が悪くなっていると感じるようになりました。今日は事件が起きそうだという情報がでる（こういう地元の方々の情報伝達は早くてかなり正確です）と親は子供を学校には送らず自宅で様子を見ます。援助の仕事をしている私

たちも自宅待機・外出禁止の日々が続きます。でも昨日の学校の宿題を見してくれる先生は家にはいません。翌週少し落ち着くとまた子供を学校に送り出します。子供たちにとって毎日学校に行って、決められた内容を習うということが難しくなります。太平洋戦争中の空襲の時もこんな感じだったのかなと思います。そしてこのような状態が続くと一般市民たちは国外に避難民として脱出するようになります。国外の親戚のつてを頼ることも多いので、裕福で社会的地位の高い先生と呼ばれる人たちの家族から脱出ということになり、学校に行っても先生が少なくなっていくます。そんな状態が20年以上続いていたわけです。戦争が続くというのはこのように基礎教育の中の日々の積み重ねが難しくなっていくことなのか、と実感しました。



保健医療にかかわる人材は、中学や高校を卒業した後に、大学や専門学校で、医師や看護師・助産師などになるための勉強、「高等教育」を受けます。しかし必要な基礎学力（たとえば算数や理科、パーセントや濃度、グラフの縦軸横軸の理解、観察すること・事実を記録すること、など）を十分に学ぶことができなかった人たちが、

職業人としての高等教育を積み重ねていくのがいかに困難なことか、 ご想像いただけるでしょうか。戦争中に国の保健サービスが機能しなくなっていた間はNGOと呼ばれる非政府団体が肩代わりし、彼らは自分たちの診療所に必要な人材を短期間で育成しました。例えばNGO代表の医師が村で読み書きのできる人を集め、3カ月研修した人にして看護師として働いてもらう、という感じです。もちろん標準化された教育カリキュラム



などありませんでした。なぜ病気の症状が出るのか、その基本となる人間の体の仕組みや薬がなぜ効果を現すのかを学ぶような基礎の学習に時間をかけるよりは、とりあえず必要な薬の処方や手当、外科や麻酔の技術が優先されます。熱が出た人が診療所にやってきた時に、原因が何かを考えるよりは、手元にある薬を出すことを学ぶことになります。数少ない病院や診

療所に患者さんたちはやってきますから、経験の豊富な人たちは結構いて、爆発などでけがをした時の外科医の手足の切断手術や赤ちゃんを取り出す帝王切開は手際よいものです。教育に時間のかかる医師を育成するよりは短期間でミニ医者としての看護師を育成して、病院や診療所に配置することが優先されますから、病気の予防や看護ケア、例えば「自らの治る力を最大限発揮できるような支援をする」なんて考えられないこと、なのかもしれません。

また、イスラム教の影響の強いアフガニスタンでは家族の許可や付添がないと女性は病院や診療所には受診することが難しくなります。女性スタッフがいないと知らなければその診療所には出かけたがりません。子供も多くは母親が連れてきますので、女性のスタッフが診療所にいることが、女性や子供が病院や診療所を訪れて検診や治療、予防接種などのサービスを受けるための必要条件になります。



2002年当時のアフガニスタンは妊娠出産で死亡する女性の数が世界でワースト3に入る国、しかも女性の保健医療従事者は人口1000人に0.02人（日本は1000当たり10人）と極めて少ない状態でしたので、女性医師や助産師、女性看護師の数を増やし、都市だけではなく地方でも就職し、働き続けてもらうことが大きな課題でした。

国を立て直すということは、

社会的な歴史的な背景を知らなければ

理解しにくいのではないのでしょうか。これから

述べるアフガニスタンの国づくりのために私たちが行ってきたこと、は日本だけが行ってきたことではありません。多くの援助団体、国際機関や政府機関、NGOなどが協力し、それぞれができる分野を分担して働いてきました。日本でいう厚生労働省を作り、政府の行う国作りのお手伝いでした。

2002年には日本の厚生労働省にあたる保健省の新しい組織作りが始まり、2003年に女性の健康を担当する部署（リプロダクティブヘルス部）が設置されました。保健人材を管轄する部署（人材養成部）は別に設置され、それぞれ職員が配置されましたが、この二つの部署は協力して様々な活動を行いました。以下、保健省から見た活動、私たちNCGMが支援した活動を中心にご紹介します。



**保健人材に関して人材養成部が
まず行ったのは**

職種を整理し、正規の教育を受けずに働いている人たち、特に看護師、助産師・検査技師などの職種に対して共通試験を実施し、合格者を正式な国家資格として認めるというものでした。次に保健人材の数が決定的に不足していたため、教育の内容やそれを実施する学校の基準を決めて、認可された教育を受けるようにすることでした。学校の先生たちの研修とともに新制度の教育が開始されました。教育を実施するための資金は国際機関や外国政府からの援助資金を使いますが、学校運営はNGOに任せられました。

ここでもやはりNGOが出てきますが、内戦の時代に保健サービスを担っていた彼らの中には優秀な団体も数多く、政府が弱体な中では大変頼りになるパートナーでした。どの援助団体がどこで何をしているのかの情報を集め、援助が重複したり、不足する地域が出ないように調整することが政府の大きな役割でした。



一方で、卒業後に実際に働いている人たちへの研修、こちらはリプロダクティブヘルス部が中心になり、病院診療所で働いている女性医師や助産師を主な対象とした研修が始まりました。2003年当初は、さまざまな援助団体の支援の中で、日本が特に私たちNCGMができることを探しながら、首都カブールにあるマライ女性病院を支援しました。国内で一番出産の多い病院（当時は一日100名を超えていました）で指導者になることができる人材が豊富だったため、病院が実習に適した場所となるように日本政府の資金で研修センターを建設しました。当初は病院が機能することを目標に病院長を相手として病院運営を強化しながら、研修部を設置し、自分たちで研修運営ができるようになることを目指しました。首都にあり注目を集めていた病院には支援しようという様々な団体（国際機関・政府機関やNGO、大学関係者など）が入っていたため、病院運営といってもその基本は、「援助を交通整理して、必要な部署に必要な支援をしてもらえるような仕組みを作ること」でした。そうして2004年9月からJICAリプロダクティブヘルスプロジェクトとしてNCGMの支援の中心は研修センターでの活動に移っていきました。

当時は妊娠出産による死亡を防ぐために必要な救急産科ケアの研修が国際的な主流でした。しかし私たちは、「母と子の健康を増進するためには救急産科ケアのような出産のごく一部の時期だけをとらえるよりは全体的な視点をもったほうがいい」、「妊娠前・妊娠から出産・新生児から小児へ、また施設から家庭へ、という時間的にも空間的にも継続された母子保健サービス（継続ケア）の考え方が女性だけではなく子供の健康増進につながる」という考え方を根底におき、知識の復習と実習を繰り返す研修を提案しました。日本人が教えるのではなく、アフガニスタンの人たちが自分たちの言葉で教えられるように、まずは指導者研修から始まりました。2005年に広島原爆資料館を訪問し、明治からの日本の国づくりを学んだ保健省幹部の方々が強要望したのは、アフガニスタンで戦争中に失われがちであった「**医療人としての倫理**」をぜひ含んでほしいというものでした。

この項目も入れた包括的な「継続ケア研修」は、後述の保健省リプロダクティブヘルス部と連携しながら、マラライ病院研修部により病院や診療所で働く女性医師・助産師を対象に2005年から2009年まで実施されました。研修の中で私たちが心がけたことがもう一つあります。それは自分の職場以外の現状を見てもらうことでした。

指導者である首都の病院の女医さん助産師さんも、研修を受けにくる人たちも、自分が働いている病院や診療所と自分の家庭しか知らない人がほとんどでした。建物も壊れ、水も薬も機材もない診療所で職員がどうやって働いているのか、自宅で出産するお母さんたちがどんな環境で生活し、どうやって赤ちゃんを育てているのか、など研修に組み込まれた診療所訪問・家庭訪問は多くのことを学ぶ機会となったようです。

アフガニスタンの国づくりの中で、国民が広く保健医療サービスを受けることができるようにするために保健省がとった方針は、国立病院や診療所を全国に作るのではなく、援助団体からの資金を地域ごとに配分して、病院や診療所の運営は地域ごとに選ばれたNGOに任せることでした。中央政府の保健省と日本の都道府県衛生部にあたる州保健局（24あります）における行政の役割は、サービスの基準を決めること、基準通りのサービスが提供されているかどうかを監督することが中心となりました。保健省リプロダクティブヘルス部は、女性の健康に関する分野でこの役割を担いました。2004年末にこの部署に配置された職員は女性が7名、男性が3名。州保健局にも担当職員（全員女性）がまず一名ずつ配置されました。戦争を生き抜き、男性社会の中で仕事をしようという意欲も高く優秀な女性行政官、そしてそんな女性たちへの理解の深い男性行政官たちでした。しかし、NGOあるいは病院での勤務の経験しかなく、国全体を見渡すこと、行政官としてどのように仕事をすればいいか、という理解は少なかったようです。私たちは彼女たちの傍らで相談役となり日々働いてきました。2004年からは女性の健康に関するサービス（妊娠中の検診、望まない妊娠

を防ぐための避妊方法など）の方針や基準を一つずつ作って行きました。州保健局に配属された行政官たちが、この方針や基準を十分理解したうえで病院や診療所を訪問して、実際にはこのサービスがどのように提供されているのかを確認し、現場での問題を見つけて指導し、中央に報告するといった基本的なしくみも一緒に作って行きました。保健省リプロダクティブヘルス部スタッフたちも、地方を巡回指導する中で国（中央・地方）の役割、行政官としての



自らの役割への理解を深めていったのではないかと思います。



先ほど述べた資金を地域ごとに区分してNGOに任せる方法は全国に広がりましたが、取り残されたのが首都カブール市でした。政府予算のない中で、公的な病院診療所の運営は援助団体に頼らざるを得ません。多くのNGOが支援活動をしていましたが、どの支援団体がどこで何をしているのかを確認し、必要な地域や診療所に必要な援助が行えるように支援団体と交渉

し、調整することがカブール州保健局の役割です。州保健局長や担当スタッフとともに、診療所を回りながら、都市部の貧しい人たちが診療所で診療が受けられるような体制作りのお手伝いをしてきました。

マラライ病院で研修を受けた女医さん助産師さんたちが多く働いていたのもカブール市内の診療所でしたので、研修の後の彼らの働きぶりをカブール州保健局のリプロダクティブヘルス担当官とともに巡回し指導も行いました。

現在アフガニスタンの治安は悪化の一途をたどっており、このように育成された行政官・女性医師や助産師たちの定着は大きな課題となっています。

私たちが保健省・州保健局・病院で一緒に仕事をしてきたアフガン女性たちはみな国づくりの意欲の高い人たちでしたが、待遇のいい国際機関やNGOに移る人も多く、国外留学から戻らないという話も耳にします。実際に私が働いていた6年間でリプロダクティブヘルス部長は5人、マラライ病院院長は3人、カブール州保健局長も2人、交代しました。新しい長になる

とまた組織としての考え方やり方が変わるというのはどの国でも同じかもしれませんが、積み上げてきたものを継続させていくことはなかなか難しいと感じています。

一日も早い治安の安定を望んでやみません。



コンゴ民主共和国のプロジェクトの現場から

コンゴ民主共和国保健人材開発計画支援プロジェクト

チーフアドバイザー 清水孝行

コンゴ民主共和国（以下コ国）では1990年代から続いた内戦で国が疲弊しました。内戦というと破壊された町や都市、あるいは難民、避難民を連想すると思いますが、それだけではありません。政府、行政の仕組みそのものが機能しなくなってしまうのです。保健や教育の分野も例外ではありません。一例をあげると、コ国では医学校、看護学校が乱立して、その結果、無計画に保健人材が養成されました。また、保健人材の配置も都市に集中しています。そもそも、保健省人材局がどこにどれだけの保健人材が働いているのかを把握することも難しくなりました。



紛争後国家の特徴の一つとして不十分なインフラがあげられます。

コ国保健省の職員の多くは乗り合いバスを乗りついで出勤してきます。キンシャサ市内の渋滞でなかなか職場にたどり着きません。やっと着いた職場では停電が頻繁に起こります。1日の3分の1の停電は当たり前、時には1日の3分の2が停電ということもあります。また、トイレの水が流れない、職務スペースが不十分、事務用品、机、イス、棚、コンピュータなど、どれも不足



しています。また、夕方の渋滞を避けるために早めに仕事を終える職員もいます。このような環境では仕事に集中できません。一見すると、コンゴ人の労働時間が短いのではないかと、さぼっているのではないかともあるのですが、それなりの理由があるのです。



このようにキンシャサの状況は厳しいのですが、保健人材に関してのアドバンテージもあります。50歳代の保健省人材局職員が紛争前、保健システムが機能していた時の事を覚えていることです。彼らは、その時のように他国の見本となる保健システムを作りたい、自分達が引退する前にかつての保健システムを取り戻して若い世代に引き継ぎたいと思っています。

実際、紛争前はキンシャサ大学医学部には周辺国から学徒が集い、卒業後はそれぞれの国で指導的な役割を担う保健人材になっています。

コンゴ人の大国としての誇りも特筆すべきことです。あるコンゴ人によると、「アフリカの大国は3か国、ナイジェリア、南アフリカ共和国、そしてコンゴ民主共和国」だそうです。ここでいう大国は、国土の広さだけではなく、人、文化、産業全てを含んだ大国です。今は色々問題があるけれど、これからそれを克服していこうという熱気にあふれています。

最後にプロジェクトについて、簡単に紹介します。

保健人材開発計画支援プロジェクトは、コ国保健省人材局をカウンターパートとした3年間のプロジェクトです。「保健省人材局がPNDRHSを実施する能力が強化される」をプロジェクト目標としています。PNDRHSはフランス語の略語で、国家保健人材開発計画です。プロジェクトの活動は大きく分けると4つあります。保健省人材局の組織強化、PNDRHS2011-2015の作成、PNDRHSに関連する法令の作成（特に中級助産師に関するもの）、PNDRHSに関する情報管理システムの整備です。

ここで活動のを簡単に説明しますと、プロジェクトはコ国保健人材に関して最も土台となる部分を支援します。すなわちPNDRHSを作成して、それを保健省人材局が実施する過程を支援します。

このプロジェクトのユニークな点は、相手国の保健人材政策の本丸である保健省人材局で活動すること、紛争後国家での活動であること、フランス語圏アフリカでの活動であることです。幸い、NCGM国際医療協力部には紛争後国家、フランス語圏アフリカともに豊富な経験があります。これらの経験を生かしながらプロジェクトを進めていきます。

仏語圏アフリカ地域の 効果的な保健人材管理を目指して



国際医療協力部派遣協力第一課

研修コースリーダー

田村 豊光

国立国際医療研究センター国際医療協力部は、開発途上国等からの保健医療分野の技術協力等の要請に対し、職員を当該国へ派遣したり、外国人研修員を受け入れたりしております。この外国人研修員受け入れは、開発途上国の自立を促すために、人と人の繋がりを基にした技術移転として、近年その重要性がますます高まっております。国際医療協力部では、積極的に外国人研修員を受け入れており、平成21年度の受け入れ総数は57か国202名にのぼります。なかでも、アフリカ地域の研修員が23か国で、全体の40.4%を占めております。



国際医療協力部は、国際協力機構（JICA）から種々の外国人研修事業の委託を受けております。ここからは、JICAの委託研修事業のひとつである「仏語圏西アフリカ保健人材管理研修」を紹介します。この研修は、2009（平成21）年度から2011（平成23）年度まで、3年間の予定で実施しています。



この研修は、仏語圏西アフリカの保健行政官を対象に、研修員自身が仏語圏西アフリカ地域の保健人材管理政策の現状と問題点を把握すると共に、その重要性を認識し自国への適応策・改善策を計画できるようになる事を目標に実施しております。2009（平成21）年度に第1回研修を開始し、2010（平成22）年度には第2回研修を約3週間実施しました。第1回と第2回の研修参加者数の合計は、8か国31人にのぼります。参加国の多くは、英国開発省（DFID）の定義によると、脆弱国家として開発機関の支援を必要としている国であると特定されています。

国名	参加者数		
	第1回	第2回	計
ベナン共和国	2	2	4
ブルキナファソ	2	3	5
象牙海岸共和国 ○	2	2	4
コンゴ民主共和国 ○	2	3	5
マリ共和国 ○	2	1	3
ニジェール共和国 ○	2	0	2
セネガル共和国	2	2	4
トーゴ共和国 ○	2	2	4
計	16	15	31



国際医療協力部では、研修目標達成に向けて研修内容を3部構成としました。第1部は、保健人材管理に関する各国の現状分析および問題点の共有のために現状報告会を行いました。第2部は、日本の保健人材管理に関する経験や、カンボジアにおける保健人材サポートメカニズムの事例共有、また長野県佐久地方において僻地人材管理に関する講義を受講、また、講義毎に講師と研修員の間での協議を行いました。第3部は、研修で学んだ内容を生かすための行動計画を参加国毎に作成するワークショップを行い、その行動計画発表会を開催しました。

第1回、第2回参加者共に積極的に研修に取り組んだ成果として、参加各国に共通する保健人材管理戦略「東京ビジョン2010」が作成されました。この戦略の作成は、研修企画時には想定していなかったもので、研修参加者の自主性により作成されました。

OBJECTIF

L'objectif de la vision stratégique commune était d'accroître les performances du système de développement des RHS des pays francophones de l'Afrique sub-saharienne en améliorant la maîtrise des effectifs, la production et la mobilité des personnels de santé.

(この戦略的な共通ビジョンの目標は、保健人材の管理・人材の育成・人材の移動が改善されることにより、アフリカサブサハラ保健人材開発システムのパフォーマンスが改善されることである。)



発表会のスライドの一部

目的

この戦略的な共通ビジョン（東京ビジョン2010）の目標は、保健人材の管理・人材の育成・人材の移動が改善されることにより、アフリカサブサハラ保健人材開発システムのパフォーマンスが改善される事である。

（筆者一部追記）

研修後のアンケートでは、参加者の研修受講の満足度が非常に高いという結果が得られました。研修終了後も参加者間の進捗報告等の情報交換が行われており、ますます自国での活躍が期待されます。今後、国際医療協力部では、第3回研修を実施すると共に、JICAと連携し、研修後のフォローアップを継続的に行っていく予定です。

第二回世界保健人材フォーラム

派遣協力課 医師 永井 真理



ここでは、2011年1月25日から30日まで、バンコクで開催された「**第二回世界保健人材フォーラム**」についてお話したいと思います。でもその前に、そもそも、なぜこのようなフォーラムが開催されることになったのでしょうか。

日本でも開発途上国でも、人々の健康を守るためには、医師・看護師・助産師などの「保健人材」が必要であることは、なんとなく想像していただけだと思います。それをもっと具体的に説明してみましょう。

まず、どんな田舎に住んでいる人でも、かなり貧しい人でも、何か健康上の心配事があったら、**気軽に相談をしたり診察を受けたりできる保健人材が、ご近所にいてほしい**ですね。そのためには、その国の人口に対して、十分な数の保健人材を用意することが必要です。つまり、どんな職種の保健人材がその国に何人必要かを計算し、今いる人数と比較して、あと何人必要なのか調べます。そして、そのためにどこにどのような学校を作り、どんなカリキュラムで教えていくのか、計画を立てて気長に実行していくのです。

そのうえで、その育った保健人材が、うまい具合に全国に散らばってくれないといけません。そうでないと、都会には診療所の看板がいたるところにみられ、保健人材であふれかえっているのに、田舎には何十キロ行っ



ても一人の保健人材もいない、あるいは、たまに診療所があっても誰も勤務していない、ということになりかねません。これは、特に田舎に住む人々からみれば全く不平等な話ですが、保健人材も人の子ですから、自分の技術向上のために、いろいろなセミナーに出席できる都会のそばにいたい、金持ちの顧客がたくさんつきそうな都

会で開業したい、自分の子どもは都会で教育を受けさせたいので田舎への赴任は避けたい、などの気持ちがあります。そのへんとどう折り合いをつけるか、どんな条件を整えれば田舎に長居する保健人材を増やせるのかなど、これも工夫する必要があります。



また、保健人材の一人ひとりが、確かな知識と技術を持っており、かつ、自分の仕事にやりがいを持ち、生き生きと働いていることも大切です。

いい加減な知識しかない保健人材から、やる気のない診察を受けた挙句に、間違った治療をされるのは、人々にとって災難でしかありませんし、もちろん健康の改善も期待できません。

きちんとした知識と技術を持つ人だけが保健人材と名乗ることを許される資格づくりや法律づくり、いったん資格をとったあとでも日進月歩の技術を学び続けられるようなしくみづくり、保健人材が働き甲斐を感じるような職場環境づくりなども必要です。また、貧しい人でも気軽に健康相談にいけるよう、診察費や薬代の調整が必要ですが、かといって保健人材も霞（かすみ）を食べて生きていくわけにはいきません。貧しい人が多い地域でも、保健人材が安定した収入を得られる仕組みが必要です。



このような、保健人材の数と質をとりまく様々な課題の解決方法を、日々、私たち国際医療協力部の人間は考えているわけですが、三人寄れば文殊の知恵。世界保健人材フォーラムは、私たちと同じように悩みながら工夫を重ねている世界中の関係者が、保健人材に

関する自分たちの工夫や成功例・失敗例を紹介して学び合い、状況を改善していく場として作られたものです。

第一回目のフォーラムは、2008年にウガンダの首都カンパラで開催され、カンパラ宣言というものをしました。今回はその第二回目というわけです。この企画の親玉であるGHWA (Global Health Workforce Alliance) 以外にも、タイ・マヒドン財団、JICA、ロックフェラー財団、WHOなどが会議開催に関する資金や技術を提供しました。



そこへ、開発途上国57カ国に加え、中進国や先進国などからも、政府関係者、職能団体、教育関係者、開発パートナー、NGO、ジャーナリストなど、1000名以上が世界中から参加しました。大変規模の大きな国際会議です。

さて私たち国際医療協力部からは、総勢11名がこの会議に参加しました。そのうち、東京から参加した7名は、本会議前のサイドミーティングで、日本で実施したJICA仏語圏アフリカ保健人材研修の後のネットワーク活動について、ワークショップを主宰しました。過去に来日し、私たちの研修に参加したアフリカの人々が、研修後の自分たちの国での取組を紹介し、よりよい今後に向けて意見を出し合ったのです。司会はセネガルの厚生省官僚（彼も一昨年に研修生としてNCGMに来ました）、WHOのアフリカ事



務局担当者、そして医療協力部の池田です。何か月も前から準備したものの、なにしろ本会議が始まる二日前のセッション、しかも午前中枠に割り振られたため、会場は閑古鳥が鳴くのではないかと直前まで心配でした。ところがふたを開けてみれば、会場前の受付には長蛇の列が出来、すべての人が入場するまでワークショップの開始時間を後ろにずらすという、出席者には迷惑な、しかし私たちにとっては嬉しい誤算の大盛況でした。また、このワークショップでは英語とフランス語の同時通訳を手配したため、いずれかの言語しか使えない出席者でも討議内容についていけ、それぞれ自分の得意な言語で議論に参加することができました。GHWAやWHOの重鎮も一聴衆としてこのワークショップに参加していたのですが、日本のアフリカ仏語圏に対する支援に感銘を受けたようです。というのも、WHO重鎮による二日後の開会式のスピーチで、日本の西アフリカでの支援活動がはっきり取り上げられたからです。国際医療協力部という枠を超え、日本の支援を世界中から来た参加者に理解してもらうことができました。



国際医療協力部の残りの4名は、コンゴ民主共和国、ラオス、ベトナムから、それぞれJICAプロジェクトのカウンターパートとともに参加しました。普段は世界中に散らばって仕事をしている私たちですが、このような場で再会し、互いに刺激をうけ、また世界各地に戻っていくのも、なかなかいいものです。

一方、本会議では、国際医療協力部の藤田が、カンボジア、アフガニスタン、コンゴ民主共和国での保健医療人材政策について発表し、自然災害や紛争後の保健人材への影響や定着について問題を投げかけました。一カ国ならともかく、一人で三か国もの紛争後復興国での経験を、何年という単位で持っている人物は、世界広しといえどもなかなかいません。ここでも、国際協力部という専門家集団の貴重な存在を、改めて印象付ける機会となりました。このセッションで話し合われたことは、最終日に出されたバンコク声明にも盛り込まれました。

このような国際的な会議での国際機関からの参加者の関心ごとは、国レベルでの活動の様子です。それはまさに私たち国際医療協力部が、現場を通じて当たり前のように持っている情報です。今後も、このような国際会議の機会を利用して、情報発信を続けていきたいと考えています。

Second Global Forum on Human Resources for Health
25 - 29 January 2011
Bangkok, Thailand

Support health workers for health outcomes

JICA

NCGM

Care, Commitment and Communication for a Healthier World
Conscience, Contribution et Communication
Pour créer ensemble de l'énergie de vie

HRH management for Francophone African countries
-HRH information system and HRH Observations-

Gestion des Ressources Humaines pour la Santé (RHS)
en Afrique francophone - système d'information des
RHS et observatoires des RHS-

Date : January 25, 2011 9:00-12:00
Venu : Lotus Suite 3-4

Date : Janvier 25, 2011 9:00-12:00
Lieu : Lotus Suite 3-4

- Share and discuss HRH information systems and management
- Review progress on the establishment of National Health Workforce Observatories
- Develop the network among participants with a common strategic vision in West African countries

- Partager et discuter les systèmes d'information des RHS et de gestion
- Réviser le progrès pour l'établissement des observatoires nationaux de personnels de santé
- Développer le réseau parmi les participants avec une vision stratégique commune dans les pays d'Afrique de l'Ouest

課員が遭遇するこぼれ話

課員が遭遇するこぼれ話

「黒魔術（ブラックマジック）の仕業」



ザンビアに住み始めて1年が経ちました。現地に住んでみると短期出張の訪問ではわからなかったようなこの国のいろいろな顔が見えてきます。私達は現場で起こっていることを出来る限り正しく理解するために、郡保健局スタッフとともに地方の村へフィールドトリップに出かけることがよくあります。

今日はその中のある村での話。

成人の約6人に一人がHIVに感染しているこの国では、どんな奥地の村へ行っても、治療を必要としている患者さんがいます。数年前からHIVに対する治療薬がようやく村レベルでも得られるようになったため、治療薬を飲み始めた患者さんがそれを規則正しく毎日内服できるようにサポートする体制をつくるのが郡保健局の現在の最大の任務になっています。保健局のスタッフは、ヘルスセンターへ診察を受けに来なくなり、治療薬を止めてしまった患者さんを家まで追跡して、治療を続けるように説得することすらあります。

ある一人の女性が、その説得にも関わらず、治療の継続を拒否しました。よくよく話を聞いてみると、村に長年住んでいる医師に、ヘルスセンターからの治療薬ではなく、ハーブから出来た薬を飲まないと言われ、病気が治らず、余計にひどくなると言われたことが原因のようです。

その時、保健局スタッフはピンとききました。そう、村に長年住んでいる医師とは、“呪術医（ウィッチドクター）”のことだったのです。呪術医は、ここザンビアではまだまだ一般市民にもてはやされている存在です。首都のルサカ市内でもところどころに「Dr.XXX ココ→」と書かれた布切れと小さな小屋をよく目にするくらいなので、地方の村へ行けばさらにその信仰度は高まるのは当たり前です。人々を悩ませている病気は、黒魔術（ブラックマジック）によるものだから、それを解けば病気は治るし、それを解けるのは呪術医しかいないというのが考えのようです。



人々は病気が治るのであればと、ヘルスセンターで無料で治療を受けられるにも関わらず、多額の診察料を呪術医に支払い、その助言に強く耳を傾けるそうです。そこで保健局スタッフは、彼女が治療薬を止めるように導かないように呪術医のところへ交渉にいったところ、なかなか受け入れてくれません。さらに驚いたことになんと彼自身もヘルスセンターからの治療薬を受けている身だったことがわかりました。自分が治療薬の恩恵を受けているのに、自分の患者には治療薬をストップさせるなんて。しかしこの確信犯的な呪術医を説得する方法が唯一存在します。それが、村頭（ビレッジヘッド）の存在。村頭からの承認が無いと、呪術医もそこには住めなくなり、商売ができなくなるのです。保健局は村頭のところへ駆け込みます。普段から保健局とは良好な関係を築いている村頭は、呪術医を一喝。その後はこの呪術医が治療の邪魔に入ることはなくなったとのことでした。

あとで現地スタッフに聞いたところでは、呪術医からある薬を手に入れ、それを飲み、墓場で一晩眠ると、目覚めた時には呪術医になっているのだとか。

プロジェクトメンバーからは、今後のために私がそれを試すように勧められています（笑）。

もし呪術が使えるようになったら、皆さんは何に使いますか??

編集後記

2011年3月11日、未曾有の災害となった東日本大震災では、多くの方が被災されました。現在も復興のための支援活動は続いており、NCGMとしての医療支援活動の一環として、国際医療協力部からも宮城県に職員を派遣しています。

私たちが、これまで活動してきた世界各国の様々な地域からも、日本大使館経由で義援金が、また国際医療協力部にも多くのメッセージが寄せられています。

今回のニュースレターでも取り上げたアフガニスタンからの写真入りメッセージをここでみなさまにご紹介します。



私たちは人として、心の奥底から、大災害の被害にあわれた皆様をお見舞い申し上げます。



日本政府と日本の皆様は、アフガニスタンの復興のために多くの努力をしてくださいました。ここに、私たちは出来る限りの援助をする準備があることを表明します。



私たちは、アフガニスタン政府が可能な限り今回の大災害の被害にあわれた皆様のサポートに尽力し、少しでも状況が改善するよう努力するよう要求します。

NEWSLETTER spring 2011

2011年4月30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/>